

## МАРКЕТИНГ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ И ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Денисов И. Н.<sup>1</sup>, Куницына Н. М.<sup>2</sup>, Ильницкий А. Н.<sup>3</sup>, Фесенко В. В.<sup>2</sup>, Фесенко Э. В.<sup>2</sup>,  
Люцко В. В.<sup>4</sup>, Варавина Л. Ю.<sup>5</sup>

<sup>1</sup> ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России, 119991, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2.

<sup>2</sup> Белгородский государственный национальный исследовательский университет, Белгород 308015, ул. Победы, 85, НИУ «БелГУ», мед. факультет.

<sup>3</sup> АНО «НИМЦ «Геронтология» (г. Москва), [a-ilnitski@yandex.ru](mailto:a-ilnitski@yandex.ru).

<sup>4</sup> Медицинский центр «Ваша клиника», 112600 г. Москва, ул. Б. Дмитровка, 6/9, [vahaklinika@mail.ru](mailto:vahaklinika@mail.ru).

<sup>5</sup> Городская поликлиника № 1 г. Белгорода, 308000 Белгород, Белгородский проспект, 99А, [lina\\_varavina@yandex.ru](mailto:lina_varavina@yandex.ru).

Необходимость и актуальность темы исследования вызвана значительным увеличением удельного веса лиц пожилого и старческого возраста в обществе по сравнению с молодым. Все пациенты для достоверности исследования были разделены на 4 группы. Данные, полученные при изучении особенностей постановки задач и целей в учреждениях разных форм собственности, свидетельствуют, что во всех исследуемых группах цели оказания медицинской помощи лицам как среднего, так и пожилого возраста совпадают – улучшение медико-социальных показателей здоровья и обеспечение качества медицинской помощи. Но, несмотря на постановку общей цели и совпадение большинства задач для достижения цели, существуют различия в способах достижения поставленной цели в зависимости от возраста пациентов и формы собственности ЛПУ, что обуславливает различность результата. Это объясняется особенностями в планировании деятельности государственных и частных учреждений, особенно в планировании факторной нагрузки и профилактической деятельности. Анализ данных показывает, что в отношении всех групп лечебно-диагностическая деятельность достоверно преобладала над профилактической. При изучении места гериатрической помощи на рынке медицинских услуг этот сегмент является непривлекательным в плане производственной миссии здравоохранения, связанный с тем, что положительный медицинский и экономический эффект проявляется не сразу, а спустя некоторое время. В проведенных исследованиях авторами сформулированы подходы к регулированию спроса и предложений на рынке медицинских услуг, которые предлагаются пациентам пожилого и старческого возраста, и даются рекомендации по оказанию медицинской помощи этой категории пациентов, формирование единой системы лечебно-реабилитационных мероприятий на региональном уровне со смешанным укладом учреждений здравоохранения, при управлении отраслью, интеграции государственных и частных учреждений здравоохранения.

Ключевые слова: гериатрическая помощь, маркетинг, менеджмент, государственные и частные медицинские учреждения, пожилой возраст, старческий возраст.

## MARKETING IN HEALTH CARE AND PROBLEMS OF THE ORGANIZATION OF GERIATRIC SERVICE

Denisov I. N.<sup>1</sup>, Kunitsyna N. M.<sup>2</sup>, Ilnitski A. N.<sup>3</sup>, Fesenko V. V.<sup>2</sup>, Fesenko E. V.<sup>2</sup>, Liutsko V. V.<sup>4</sup>,  
Varavina L. U.<sup>5</sup>

<sup>1</sup> I. M. Sechenov First Moscow State Medical University, 8-2, Trubetskaya street, 119991 Moscow, Russian Federation.

<sup>2</sup> Belgorod National Research University, Belgorod 308015, Pobedy Street 85, medical faculty.

<sup>3</sup> Independent non-profit organization «Research medical center «GERONTOLOGY», Moscow, [a-ilnitski@yandex.ru](mailto:a-ilnitski@yandex.ru).

<sup>4</sup> Medical Center «Your clinic», Moscow, 112600, B. Dmitrovka 6/9 street, [vahaklinika@mail.ru](mailto:vahaklinika@mail.ru)

<sup>5</sup> City polyclinic № 1, Belgorod, 308000, Belgorodsky Avenue 99A, [lina\\_varavina@yandex.ru](mailto:lina_varavina@yandex.ru).

Need and urgency of a subject of research is caused by significant increase in specific weight of persons of advanced and senile age in society in comparison with young. All patients for reliability of research were divided into 4 groups. The data received at studying of features of statement of tasks and the purposes in establishments of different forms of ownership testify that in all studied groups the purpose of rendering of medical care to persons as average, and advanced age coincide – improvement of medical social indicators of health and ensuring quality of medical care. But despite statement of a common aim and coincidence of the majority of

tasks for achievement of the purpose, there are distinctions in ways of achievement this aim depending on age of patients and form of ownership of treatment-and-prophylactic establishment that causes a different results. It speaks features in planning of activity of the public and private institutions, especially in planning of factorial loading and preventive activity. The analysis of data shows that concerning all groups medical and diagnostic activity authentically prevailed over the preventive. When studying a place of the geriatric help in the market of medical services this segment is unattractive in respect of production mission of the health care, connected by that positive medical and economic effect is shown not at once, and after a while. In the carried-out researches by authors approaches to regulation of demand and offers in the market of medical services which are offered patients of advanced and senile age are formulated and recommendations about rendering of medical care of this category of patients, formation of uniform system of medical and rehabilitation actions at regional level with the mixed way of establishments of health care are made, at management of branch, integration of the public and private institutions of health care.

Keywords: geriatric help, marketing, management, public and private medical institutions, persons of advanced and senile age.

**Введение.** В настоящее время состояние общественного здоровья в Российской Федерации и странах СНГ характеризуется отрицательным естественным приростом, высокими уровнями смертности и инвалидности. Отмечается снижение удельного веса острых и увеличение количества хронических неинфекционных заболеваний, с возрастом доля лиц, страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями, значительно возрастает по сравнению с молодыми. Одновременно в обществе становится значительным удельный вес лиц пожилого и старческого возраста. В сложившихся условиях повышается значимость служб здравоохранения, имеющих не только лечебную, но и профилактическую, саногенную направленность и ориентированных на оказание помощи лицам старших возрастных групп [4,5,6,7]. К таковым относится гериатрическая служба. В условиях бурного развития новых экономических взаимоотношений большое значение приобретает изучение вопросов маркетинга и неразрывно связанного с ним менеджмента.

**Цель исследования.** Обосновать принципы маркетинга и менеджмента в деятельности государственных и частных лечебно-профилактических учреждений, работающих с пациентами старших возрастных групп.

**Материал и методы.** Исследование выполнено на базе поликлиники для взрослых № 1 города Белгорода, медицинского центра «Поколение» г. Белгорода, медицинского центра «Ваша клиника» г. Москвы.

Под государственными поликлиниками мы понимали амбулаторно-поликлинические учреждения, которые на момент исследования находились в государственной или муниципальной форме собственности. В рамках настоящего исследования мы не разделяли эти понятия, т.к. несмотря на то, что Конституцией Российской Федерации (ч. 2 ст. 8) и Гражданским кодексом РФ (п. 1 ст. 212) эти формы собственности выделяются отдельно, с точки зрения права собственности и права хозяйственного ведения они на сегодняшний день являются идентичными и упоминаются в связке-параллели (п. 3 ст. 213, п. 2 ст. 299 Гражданского кодекса Российской Федерации).

Под частными поликлиниками мы понимали амбулаторно-поликлинические учреждения, находившиеся на момент проведения исследования в частной собственности (ч. 2 ст. 8 Конституции Российской Федерации, п. 1 ст. 212 Гражданского кодекса Российской Федерации).

Изучено оказание медицинской помощи 1593 пациентам. Все пациенты были разделены на 4 группы.

В группу пациентов 1А (первая контрольная группа) было включено 402 пациента среднего возраста, получивших амбулаторную помощь в государственных поликлиниках (из них – 131 терапевтического, 119 офтальмологического и 152 стоматологического профилей); возраст пациентов составил от 40 до 49 лет, средний возраст  $44,2 \pm 2,2$  года, мужчин – 196, женщин – 206 человек.

В группу пациентов 1Б (первая исследуемая группа) было включено 404 пациента пожилого и старческого возраста, получивших амбулаторную помощь в государственных поликлиниках (из них – 147 терапевтического, 133 офтальмологического и 124 стоматологического профилей); возраст пациентов составил от 60 до 84 лет, средний возраст  $72,1 \pm 5,8$  лет, мужчин – 188, женщин – 216 человек.

В группу пациентов 2А (вторая контрольная группа) было включено 359 пациентов среднего возраста, получивших амбулаторную помощь в частных поликлиниках (из них – 126 терапевтического, 111 офтальмологического и 122 стоматологического профилей); возраст пациентов составил от 40 до 49 лет, средний возраст  $45,0 \pm 3,1$  года, мужчин – 170, женщин – 189 человек.

В группу пациентов 2Б (вторая исследуемая группа) было включено 428 пациентов пожилого и старческого возраста, получивших амбулаторную помощь в частных поликлиниках (из них – 144 терапевтического, 141 офтальмологического и 143 стоматологического профилей); возраст пациентов составил от 60 до 86 лет, средний возраст  $71,9 \pm 5,4$  года, мужчин – 201, женщин – 227 человек.

Использовались методы непосредственного наблюдения за медицинскими технологиями, экспертных оценок, выкопировки данных из медицинской документации, организационного эксперимента.

Статистическая обработка результатов исследования включала применение следующих методов: расчет средних абсолютных и относительных величин с расчетом ошибки средней; определение характера распределения с применением метода  $\chi^2$ ; измерение силы влияния различных факторов на вариабельность явлений, признаков посредством факторного и дисперсионного анализа; оценка значимости различий двух совокупностей с применением критерия t Стьюдента (разность показателей считалась достоверной при  $t \geq 2$ ,  $p < 0,05$ ).

Материалы, содержащиеся в формализованных программах исследования, были внесены в электронные таблицы «Excel», математико-статистическая обработка данных выполнена с использованием программы «Statgraphics plus for Windows», версия 7.0.

## **Результаты исследования**

### ***Особенности постановки целей и задач в учреждениях разных форм собственности***

Полученные нами данные свидетельствуют, что во всех исследуемых группах цель оказания медицинской помощи лицам как среднего, так и пожилого и старческого возраста совпадала – улучшение медико-социальных показателей здоровья людей и обеспечение качества помощи: для группы 1Б -  $\chi^2 = 8,9$ ,  $p < 0,05$ ; для группы 1А -  $\chi^2 = 7,9$ ,  $p < 0,05$ ; для группы 2Б -  $\chi^2 = 8,6$ ,  $p < 0,05$ ; для группы 2А -  $\chi^2 = 8,2$ ,  $p < 0,05$ .

В то же время для достижения этих целей в отношении разных групп пациентов в учреждениях различной принадлежности ставились различные задачи.

Так, в государственных медицинских учреждениях в отношении пациентов пожилого и старческого возраста были поставлены следующие задачи (группа 1Б):

- 1) улучшение показателей физической работоспособности,  $\chi^2 = 7,8$ ,  $p < 0,05$ ;
- 2) повышение уровня повседневной активности, включая бытовую активность и профессиональную деятельность (для работающих пенсионеров),  $\chi^2 = 7,6$ ,  $p < 0,05$ ;
- 3) улучшение или стабилизация физикального статуса,  $\chi^2 = 8,2$ ,  $p < 0,05$ ;
- 4) повышение уровня знаний пациента о своем заболевании (на основе занятий в "школах больных"),  $\chi^2 = 6,9$ ,  $p < 0,05$ ;
- 5) уменьшение влияния факторов риска, снижение вредных привычек, а также сопутствующих состояний и заболеваний, оказывающих влияние на течение основной патологии, по поводу которой проводятся реабилитационные мероприятия: курение (прекращение, снижение интенсивности),  $\chi^2 = 7,1$ ,  $p < 0,05$ ; снижение артериального давления,  $\chi^2 = 8,7$ ,  $p < 0,05$ ; снижение или стабилизация (при уменьшенной) массы тела,  $\chi^2 = 7,1$ ,  $p < 0,05$ ; повышение уровня физической активности,  $\chi^2 = 7,3$ ,  $p < 0,05$ ; нормализация стереотипа питания,  $\chi^2 = 7,1$ ,  $p < 0,05$ ; повышение приверженности к лекарственной терапии и реабилитационным мероприятиям,  $\chi^2 = 7,2$ ,  $p < 0,05$ ; уменьшение продолжительности сроков временной нетрудоспособности (ВН) (у работающих пенсионеров),  $\chi^2 = 7,1$ ,  $p < 0,05$ ; снижение госпитализированной заболеваемости,  $\chi^2 = 6,5$ ,  $p < 0,05$ ; снижение частоты обострений,  $\chi^2 = 7,6$ ,  $p < 0,05$ ; 6) предупреждение заболеваний у здоровых и практически здоровых лиц, не имеющих заболеваний,  $\chi^2 = 6,9$ ,  $p < 0,05$ .

В государственных медицинских учреждениях в отношении пациентов среднего возраста (группа 1А) были поставлены следующие задачи:

- 1) улучшение показателей физической работоспособности,  $\chi^2 = 7,2$ ,  $p < 0,05$ ;

2) повышение уровня повседневной активности, включая бытовую активность и профессиональную деятельность (для работающих пенсионеров),  $\chi^2 = 7,2$ ,  $p < 0,05$ ;

3) улучшение или стабилизация физикального статуса,  $\chi^2 = 7,9$ ,  $p < 0,05$ ;

4) повышение уровня знаний пациента о своем заболевании (на основе занятий в "школах больных"),  $\chi^2 = 6,8$ ,  $p < 0,05$ ;

5) уменьшение влияния факторов риска, снижение вредных привычек, а также сопутствующих состояний и заболеваний, оказывающих влияние на течение основной патологии, по поводу которой проводятся реабилитационные мероприятия: курение (прекращение, снижение интенсивности),  $\chi^2 = 7,3$ ,  $p < 0,05$ ; снижение артериального давления,  $\chi^2 = 8,2$ ,  $p < 0,05$ ; снижение или стабилизация (при уменьшенной) массы тела,  $\chi^2 = 7,4$ ,  $p < 0,05$ ; повышение уровня физической активности,  $\chi^2 = 7,1$ ,  $p < 0,05$ ; нормализация стереотипа питания,  $\chi^2 = 7,2$ ,  $p < 0,05$ ; повышение приверженности к лекарственной терапии и реабилитационным мероприятиям,  $\chi^2 = 7,8$ ,  $p < 0,05$ ; уменьшение продолжительности сроков ВН,  $\chi^2 = 7,4$ ,  $p < 0,05$ ; снижение госпитализированной заболеваемости,  $\chi^2 = 7,2$ ,  $p < 0,05$ ; снижение частоты обострений,  $\chi^2 = 7,5$ ,  $p < 0,05$ ; снижение показателей инвалидности,  $\chi^2 = 7,7$ ,  $p < 0,05$ ; предупреждение заболеваний у здоровых и практически здоровых лиц, не имеющих заболеваний,  $\chi^2 = 7,3$ ,  $p < 0,05$ .

В частных медицинских учреждениях в отношении пациентов пожилого и старческого возраста были поставлены следующие задачи (группа 2Б):

1) улучшение показателей физической работоспособности,  $\chi^2 = 7,5$ ,  $p < 0,05$ ;

2) повышение уровня повседневной активности, включая бытовую активность и профессиональную деятельность (для работающих пенсионеров),  $\chi^2 = 7,4$ ,  $p < 0,05$ ;

3) улучшение или стабилизация физикального статуса,  $\chi^2 = 8,0$ ,  $p < 0,05$ ;

4) повышение уровня знаний пациента о своем заболевании (на основе индивидуальных занятий),  $\chi^2 = 7,4$ ,  $p < 0,05$ ;

5) уменьшение влияния факторов риска, снижение вредных привычек, а также сопутствующих состояний и заболеваний, оказывающих влияние на течение основной патологии, по поводу которой проводятся реабилитационные мероприятия: курение (прекращение, снижение интенсивности),  $\chi^2 = 7,3$ ,  $p < 0,05$ ; снижение артериального давления,  $\chi^2 = 8,2$ ,  $p < 0,05$ ; снижение или стабилизация (при уменьшенной) массы тела,  $\chi^2 = 7,4$ ,  $p < 0,05$ ; повышение уровня физической активности,  $\chi^2 = 7,7$ ,  $p < 0,05$ ; нормализация стереотипа питания,  $\chi^2 = 6,9$ ,  $p < 0,05$ ; повышение приверженности к лекарственной терапии и реабилитационным мероприятиям,  $\chi^2 = 8,2$ ,  $p < 0,05$ ;

б) дифференцированное влияние на ВН (у работающих пенсионеров) – уменьшение ВН для лиц с потенциальной угрозой инвалидности и увеличение ВН для лиц с реальной угрозой инвалидности,  $\chi^2 = 7,4$ ,  $p < 0,05$ ;

7) дифференцированное влияние на госпитализированную заболеваемость – уменьшение для лиц с потенциальной угрозой инвалидности и увеличение для лиц с реальной угрозой инвалидности,  $\chi^2 = 7,0$ ,  $p < 0,05$ ;

8) снижение частоты обострений,  $\chi^2 = 7,5$ ,  $p < 0,05$ ;

9) повышение качества жизни (КЖ) в разделах физическая работоспособность, психологическая, социальная, семейная составляющие,  $\chi^2 = 9,2$ ,  $p < 0,05$ ;

10) снижение показателей инвалидности,  $\chi^2 = 7,5$ ,  $p < 0,05$ .

В частных медицинских учреждениях в отношении пациентов среднего возраста были поставлены следующие задачи (группа 2А):

1) улучшение показателей физической работоспособности,  $\chi^2 = 8,5$ ,  $p < 0,05$ ;

2) повышение уровня повседневной активности, включая бытовую активность и профессиональную деятельность,  $\chi^2 = 8,3$ ,  $p < 0,05$ ;

3) улучшение или стабилизация физикального статуса,  $\chi^2 = 8,1$ ,  $p < 0,05$ ;

4) повышение уровня знаний пациента о своем заболевании (на основе индивидуальных занятий),  $\chi^2 = 7,7$ ,  $p < 0,05$ ;

5) уменьшение влияния факторов риска, снижение вредных привычек, а также сопутствующих состояний и заболеваний, оказывающих влияние на течение основной патологии, по поводу которой проводятся реабилитационные мероприятия: курение (прекращение, снижение интенсивности),  $\chi^2 = 7,7$ ,  $p < 0,05$ ; снижение артериального давления,  $\chi^2 = 8,8$ ,  $p < 0,05$ ; снижение или стабилизация (при уменьшенной) массы тела,  $\chi^2 = 7,0$ ,  $p < 0,05$ ; повышение уровня физической активности,  $\chi^2 = 7,6$ ,  $p < 0,05$ ; нормализация стереотипа питания,  $\chi^2 = 7,7$ ,  $p < 0,05$ ; повышение приверженности к лекарственной терапии и реабилитационным мероприятиям,  $\chi^2 = 8,0$ ,  $p < 0,05$ ;

б) дифференцированное влияние на ВН – уменьшение ВН для лиц с потенциальной угрозой инвалидности и увеличение ВН для лиц с реальной угрозой инвалидности,  $\chi^2 = 7,3$ ,  $p < 0,05$ ;

7) дифференцированное влияние на госпитализированную заболеваемость – уменьшение для лиц с потенциальной угрозой инвалидности и увеличение для лиц с реальной угрозой инвалидности,  $\chi^2 = 7,2$ ,  $p < 0,05$ ;

8) снижение частоты обострений,  $\chi^2 = 7,9$ ,  $p < 0,05$ ;

9) повышение КЖ в разделах физическая работоспособность, психологическая, социальная, семейная составляющие,  $\chi^2 = 8,9$ ,  $p < 0,05$ ;

10) снижение показателей инвалидности,  $\chi^2 = 7,5$ ,  $p < 0,05$ .

Таким образом, несмотря на постановку общей цели и совпадение большинства задач для достижения цели, существуют различия в способах (задачах) достижения поставленной цели в зависимости от возраста пациентов и формы собственности ЛПУ, что обуславливает различность результата.

### ***Особенности планирования в учреждениях разных форм собственности***

Нами выявлены различия в планировании деятельности государственных и частных учреждений. Так, в отношении групп испытуемых 1Б, 1А, 2Б, 2А значимость в планировании лечебно-диагностической деятельности имела факторную нагрузку соответственно 0,772, 0,651, 0,959, 0,913, а профилактической деятельности – 0,228, 0,349, 0,041, 0,087.

Анализ данных показывает, что в отношении всех групп лечебно-диагностическая деятельность достоверно преобладала над профилактической ( $p < 0,05$ ). В то же время факторная нагрузка профилактической деятельности в государственной деятельности была выше, чем в частных, как при работе с людьми среднего, так и пожилого и старческого возраста ( $p < 0,05$ ). При этом в государственных учреждениях профилактическая работа имела большую факторную нагрузку при работе с пациентами среднего возраста, чем старческого и пожилого возраста ( $p < 0,05$ ).

### ***Организация управления гериатрической помощью в учреждениях разных форм собственности***

Для правильной организации работы важно выявить ее масштабность и сложность. Эффективное функционирование системы в случае адекватного соотношения централизации управления службой и осуществления департаментализации.

Централизация позволяет добиться увеличения синергии, улучшения координации между этапами, предотвращения ошибок стратегического планирования на нижних уровнях управления.

Департаментализация представляет собой процесс организационного обособления, что позволяет увеличить эффективность в данном конкретном направлении деятельности. Изучение централизации и департаментализации позволяет определить масштаб управляемости. При наличии четкой централизации как в государственных, так и в частных учреждениях процесс департаментализации выглядел по-разному. Если в частных учреждениях процесс департаментализации начинал реализовываться только на уровне специализированных служб, то в государственных учреждениях этот процесс начинался уже с уровня управления, что приводило к увеличению в системе не только горизонтальных, но и, в первую очередь, вертикальных связей. В итоге, при наличии одинакового количества горизонтальных связей (государственное учреждение / частное учреждение = 1,1),

количество вертикальных связей больше в государственном учреждении (государственное учреждение / частное учреждение = 3,8). Соответственно, соотношение вертикальных и горизонтальных связей было больше в государственных учреждениях, чем в частных: 0,3 и 2,0 соответственно.

В связи с этим, если в отношении частных учреждений вычислить показатель масштаба управляемости – величины, которая определяет количество сотрудников или работ, объединенных под единым руководством – не представляло сложностей, то в отношении государственных учреждений стало для ряда уровней иерархии управления невозможным.

В нашем исследовании в частных учреждениях масштаб управляемости в иерархии «главный врач / заместители» составлял 1,0, в государственных – 3,2 ( $p < 0,05$ ), в иерархии «заведующий отделением (кабинетом) / врач» в частных учреждениях показатель составлял 5,2, в государственных – 5,3 ( $p > 0,05$ ), в иерархии «заместитель главного врача / заведующий отделением (кабинетом)» показатель составлял в частных учреждениях 5,6, в отношении государственных учреждений этот показатель высчитать было проблематично. Такая ситуация повлияла и на экспертную оценку эффективности структуры ЛПУ в отношении основных групп пациентов (таблица 8).

Таблица 8

*Экспертная оценка эффективности структуры  
лечебно-профилактических учреждений разной формы собственности*

Показатель	Группа пациентов			
	1Б	1А	2Б	2А
Ясность и четкость поставленных перед подразделением целей	4,7±0,2	6,3±0,1**	9,2±0,1*	9,1±0,1*
Ориентация на задачи	8,4±0,1	8,4±0,2	8,2±0,3	8,5±0,3
Ориентация на людей	5,2±0,2	6,7±0,1**	9,4±0,2*	9,3±0,1*
Скорость обратной связи	6,2±0,1	4,4±0,2*	8,1±0,1*	8,3±0,2*

\* -  $p < 0,05$  между группами 2А и 1А, 2Б и 1Б

\*\* -  $p < 0,05$  между группами 1Б и 1А

***Место гериатрической помощи в современных условиях развития рынка  
медицинских услуг***

Мы разделили пациентов по основным потребностям на так называемом верхнем уровне сегментирования рынка, разбив все мероприятия на 3 группы:

1. Медицинские услуги по сохранению жизни ("маркетинговый сегмент жизни") – анестезиолого-реанимационная помощь,  $\chi^2 = 3,7$ ,  $p < 0,05$ .

2. Медицинские услуги, направленные на восстановление здоровья, сохранение и поддержание определенного уровня здоровья, жизнедеятельности и социальных функций,  $\chi^2 = 8,0$ ,  $p < 0,05$ .

2.1. Лечение острых или обострения хронических заболеваний.

2.2. Профилактика инвалидности и медицинская реабилитация больных.

2.3. Медицинская реабилитация инвалидов.

3. Медицинские услуги, направленные на сохранение и поддержание состояния здоровья, например, иммунопрофилактика, первичная профилактика заболеваний и пр.,  $\chi^2 = 5,1$ ,  $p < 0,05$ .

Таким образом, на рынке медицинских услуг значимое место занимают медицинские услуги, направленные на восстановление здоровья, сохранение и поддержание определенного уровня здоровья, жизнедеятельности и социальных функций. При этом, лечебные, профилактические и реабилитационные мероприятия как услуга могут оказываться на всех этапах организации медицинской помощи, что не характерно для других видов услуг. Это подчеркивает значимость этих вариантов гериатрической помощи.

#### ***Особенности сегмента рынка гериатрических услуг***

Сегмент рынка медицинских услуг «гериатрия», согласно полученным данным, имеет следующие характерные особенности.

1. Гериатрическая помощь является непривлекательным сегментом в плане производственной миссии здравоохранения,  $\chi^2 = 8,5$ ,  $p < 0,05$ . Это связано с тем, что медицинский и экономический эффект проявляется не сразу после ее окончания, а спустя некоторое время. Он определяется по снижению количества дней ВН (у работающих пенсионеров), продолжительности случая нетрудоспособности, частоты госпитализаций и пр. Для их определения нужен довольно значительный (не менее полугода) период времени.

2. Потребности потенциального пользователя гериатрических лечебно-диагностических, профилактических и реабилитационных услуг в большой степени зависят от его личных, индивидуальных, культурных и других особенностей, наличия у него рентных установок, конкретных медико-социальных проблем, с которой сталкивается личность,  $\chi^2 = 8,4$ ,  $p < 0,05$ .

3. Большая доля потребностей потенциальных пользователей гериатрических услуг относится к разряду отрицательных или скрытых,  $\chi^2 = 8,1$ ,  $p < 0,05$ . Пациента пожилого и старческого возраста достаточно сложно «заставить» заниматься ЛФК, для чего он должен прикладывать определенные волевые и физические усилия, да еще в ситуации, когда эффект от этих занятий наступит спустя какое-то время, когда они не обладают симптоматическим эффектом (например, не снижают выраженность болевого синдрома при остеоартрозе). Даже при наличии у больного потребности в улучшении показателей собственной

жизнедеятельности, сохранении и поддержании здоровья, чему способствует ЛФК, на проведение этого метода у него может иметь место отрицательная или скрытая положительная потребность.

4. Высокая значимость создания установки на получение услуг у больных пожилого возраста с целью перевода отрицательных и скрытых потребностей в положительные и открытые,  $\chi^2 = 7,6$ ,  $p < 0,05$ . По этой причине в маркетинговой деятельности в сегменте рынка геронтологических услуг большое значение имеет грамотная организация медико-образовательной работы, терапевтического обучения.

5. Высокая степень дифференциации пациентов в рамках данного сегмента. Потребителями гериатрических услуг являются люди разных возрастов (пожилые, старые, долгожители), с различными заболеваниями и их сочетанием, степенью их выраженности и пр.,  $\chi^2 = 8,8$ ,  $p < 0,05$ .

6. Пациенты – потенциальные потребители гериатрических услуг – испытывают сильное влияние немедицинских (социальных) факторов,  $\chi^2 = 8,7$ ,  $p < 0,05$ .

#### ***Подходы к регулированию спроса и предложений на рынке гериатрических услуг***

При проведении исследования нами сформулированы следующие подходы к регулированию спроса и предложений на рынке медицинских услуг, которые предлагаются людям пожилого возраста.

*Формирование потребности* в гериатрических услугах.

Активное формирование потребности пациентов может быть достигнуто посредством:

- осмысливания медико-социальных проблем, вскрытие их роли и механизма влияния на возникновение нужд потребителя в медицинских услугах с позиций их реабилитационной направленности,  $\chi^2 = 8,2$ ,  $p < 0,05$ ;
- формирования определенного мнения в среде потребителей,  $\chi^2 = 7,7$ ,  $p < 0,05$ ;
- проведения целевого сегментирования рынка,  $\chi^2 = 7,6$ ,  $p < 0,05$ .

*Формирование предложений* на рынке медицинских услуг предусматривает выполнение следующих позиций:

- изучение медико-социальных проблем (заболеваемость, заболеваемость с временной утратой трудоспособности, первичный выход на инвалидность и пр.), выявление пациентов, которые имеют потребность в получении геронтологических услуг,  $\chi^2 = 8,2$ ,  $p < 0,05$ ;
- разработка и внедрение стандартов гериатрических услуг,  $\chi^2 = 7,6$ ,  $p < 0,05$ ;
- введение системы квалификационного ранжирования,  $\chi^2 = 7,8$ ,  $p < 0,05$ . Необходимость ее введения заключается в том, что маркетинговые отношения подразумевают «товарный» обмен между пациентом и врачом. Условно говоря, пациент в той или иной форме платит врачу за предоставленную реабилитационную услугу. Уровень вознаграждения находится в

прямой зависимости от качества предоставленной услуги, которое можно установить согласно стандарту ведения больного и уровня квалификации предоставившего услугу врача.

*Регулирование спроса.* Этот раздел наиболее близко подходит к финансовым взаимоотношениям пациента и ЛПУ. Регулирование спроса включает в себя:

- стимулирование потребителя лечебно-диагностических, профилактических и реабилитационных услуг гериатрического профиля, обеспечивающееся адекватным взаимоотношением между платежеспособностью пациента и стоимостью конкретной услуги,  $\chi^2 = 7,9$ ,  $p < 0,05$ ;

- регулирование цены на услугу посредством поиска соответствия между содержанием медицинской процедуры и ее стоимостными характеристиками,  $\chi^2 = 9,8$ ,  $p < 0,05$ ;

- сертификация лечебно-диагностических, профилактических и реабилитационных услуг гериатрического профиля, достижение законодательно оформленного соответствия между медицинской процедурой и ее эффективностью,  $\chi^2 = 7,6$ ,  $p < 0,05$ .

## **Выводы**

1. Полученные нами данные свидетельствуют о том, что, несмотря на постановку общей цели и совпадение большинства задач у учреждений здравоохранения разной формы собственности, существуют различия в способах достижения поставленной цели, что обуславливает различность результата. Это диктует необходимость разработки единых интегративных схем, объединяющих положительные стороны государственного и частного здравоохранения в единую систему оказания гериатрической помощи.

2. Программы управления и маркетинга для учреждений разных форм собственности должны составляться дифференцированно, при этом необходимо учитывать проблемы потребностей и запросов населения в отношении гериатрических услуг, обеспечивать формирование предложений на рынке медицинских услуг, регулировать спрос на применение методов, принятых в современной гериатрии.

3. Пути развития взаимодействия государственных и частных учреждений здравоохранения в области гериатрической помощи заключаются в формировании единой системы лечебно-реабилитационных мероприятий, которая обеспечивает формирование единых медицинских технологий, при этом доминирующую роль должна играть идеология взаимосочетания лично-ориентированных и профилактических ценностей учреждений здравоохранения разной формы собственности. Внедрение интегрированной модели оказания гериатрической помощи на уровне региона позволяет оптимизировать оказание гериатрической помощи, в частности, за счет регуляции потоков пациентов: снизить очередь в дневной стационар городских поликлиник, увеличить доступность специализированных видов помощи, снизить количество направлений в государственные стационарные учреждения.

4. На региональном уровне со смешанным укладом учреждений здравоохранения при управлении отраслью целесообразно добиваться развития и интеграции государственных и частных учреждений здравоохранения по оказанию медицинской помощи лицам пожилого и старческого возраста и формировать единую систему лечебно-реабилитационных мероприятий, которая интегрирует методы лечения, профилактики и реабилитации, проводимые в учреждениях разной формы собственности, в единые медицинские технологии, обладающие высокой популяционной эффективностью, при этом предоставив возможность частным поликлиникам работать в системе обязательного медицинского страхования.

### Список литературы

1. Гражданский кодекс Российской Федерации (<http://www.gzkodeks.ru/> дата обращения 27.07.2012).
2. Иванец Г. И. Конституционное право России: энциклопедический словарь / Г. И. Иванец, И. В. Калинин, В. И. Червонюк / Под общей ред. В. И. Червонюка. – М.: Юрид. лит., 2002. – 432 с.
3. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993 г. (<http://constitution.kremlin.ru/> дата обращения 27.07.2012).
4. Лазебник Л. Б. Полиморбидность у пожилых // Сердце. – 2007. – № 7. – С. 25-27.
5. Мареев В. Ю. Проспективное, многоцентровое, открытое исследование эффективности и переносимости квадроприла у больных с недостаточностью кровообращения, обусловленной ишемической болезнью сердца и дилатационной кардиомиопатией (Исследование КВАНК) / В. Ю.Мареев, Л. И.Ольбинская, А. И.Мартынов // Сердечная недостаточность. – 2007. – № 8 (1). – С. 43-47.
6. Пузанова О. Г. Доказательная профилактика в здравоохранении: акцент на здоровье пожилых // Геронтологический журнал им. В. Ф. Купревича, 2012. – № 1-2. – С. 88-89.
7. Шабалин, В. Н. Основные закономерности старения организма человека // Здравоохранение Российской Федерации. – 2009. – № 2. – С. 13-18.
8. Donabedian A. The quality of medical care: Methods for assessing and monitoring the quality of care for research and for quality assurance programs / A. Donabedian// Science. – 1978. – Vol. 200, N 4344. – P. 856-864.
9. Borak J. Five Classic Articles in Public Health // J Biol Med. – 2010. – № 83(1). – P. 43–45.
10. Longo D. Measuring the quality of care: reforming the health care system / D. Longo, A.Daugird // Am. J. Med. dual. – 2004. – Vol. 9, N 3. – P. 104-115.

**Рецензенты:**

Чеботарев Павел Андреевич, доктор медицинских наук, доцент, зав. кафедрой безопасности жизнедеятельности человека УО «Полоцкий государственный университет», г. Новополоцк.

Иванова Маиса Афанасьевна, доктор медицинских наук, профессор-консультант Медицинского центра «Ваша клиника», г. Москва.