

## ОРГАНИЗАЦИЯ ЭКОНОМИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА ЗА ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РЕСУРСОВ В ОРГАНИЗАЦИЯХ ПМСП

Ж.Б. Бижигитов

Департамент здравоохранения г. Алматы;  
Высшая Школа общественного здравоохранения МЗ РК

Экономическая оценка эффективности в организации первичной медико-санитарной помощи (PMSH) - неотъемлемая часть оценки качества. Использование такого метода, особенно теперь, в условиях экономического кризиса - основной приоритет в управлении ресурсами здравоохранения.

В первой фазе исследования динамика изменения в подушевых затратах изучена в организациях здравоохранения г. Алматы. Установлено что в 2004 они составили 1263,3 тенге, в 2006 – 1374,1 и в 2008 – 1978,3 тенге.

**Ключевые слова:** организация, первичная медико-санитарная помощь, экономическая эффективность, ресурсы, здравоохранение, услуги.

Как известно, оценка экономической эффективности в организации первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), является неотъемлемой частью интегральной оценки ее качества. Использование такого подхода особенно актуально теперь, когда в условиях экономического кризиса рациональное использование государственных средств, выделяемых на здравоохранение, является главным приоритетом в управлении ресурсами здравоохранения.

На первом этапе исследования была изучена динамика изменения фактических подушевых затрат в изучаемых организациях ПМСП г. Алматы. Установлено, что в 2004 году они составили 1263,3 тенге, в 2006 г. – 1374,1 и в 2008 г. – 1978,3 тенге

Показано, что в 2006 году фактические подушевые затраты, по отношению к 2004 году, в детской поликлинике № 8 уменьшились на 0,3%. Отмечено увеличение изучаемого показателя в остальных медицинских организациях. При этом

наибольшее увеличение отмечено в смешанной поликлинике № 8 (на 28,8%), а наименьшее – в детской поликлинике №3 (на 5,8%). В результате средний показатель по всем поликлиникам в целом увеличился на 10,0%.

Обнаружено, что в 2008 году, по сравнению с 2006 годом, наблюдалось увеличение данного показателя во всех поликлиниках в диапазоне от 123,6% до 176,9%. Поэтому и среднее значение фактических подушевых затрат в целом по всем организациям ПМСП г. Алматы повысилось на 42,5%.

Таким образом, эти исследования дали основание считать, что при оценке в баллах фактических подушевых затрат в организациях ПМСП г. Алматы можно использовать среднегодовое значение  $\pm 16,1-16,2$  балла.

Далее была проведена оценка удельных фактических затрат на одно посещение к участковому врачу (рисунок 1).

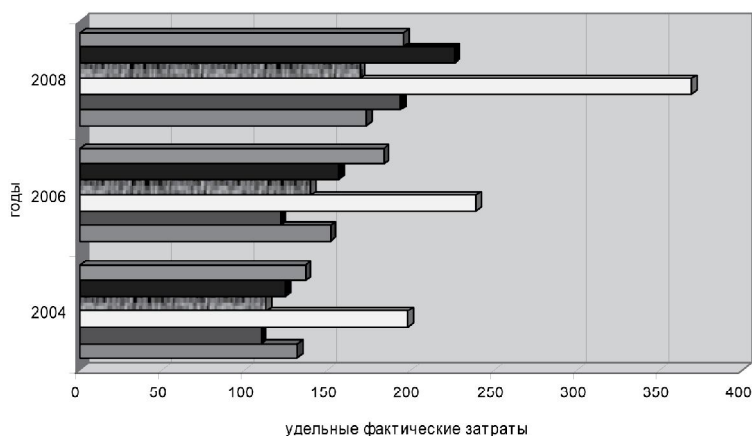


Рисунок 1 – Динамика изменения удельных фактических затрат на одно посещение к участковому врачу в тенге

Показано, что средний показатель фактических затрат в 2004 году составил 135,4, в 2006 г. – 165,2 и в 2008 г. – 221,3 тенге, то есть отмечалась выраженная тенденция к росту.

В 2006 году по отношению к 2004 году, во всех организациях ПМСП г. Алматы изучаемый показатель увеличился и колебался в пределах от 110,5% в смешанной поликлинике № 5 до 134,6% в детской поликлинике № 8. При этом средний показатель в целом по всей поликлинике вырос на 21,8%.

В 2008 году отмечено повышение уровня изучаемого показателя по отношению к 2006 году во всех поликлиниках ПМСП в пределах от 106,7% до 160,0%. В результате средний показатель по всем поликлиникам увеличился на 33,6%.

Поэтому, при изучении и оценке среднего показателя динамики изменения удельных фактических затрат на одно посещение к участковому врачу в баллах следует использовать среднегодовое значение  $\pm 5,9$  балла.

Показано, что удельные фактические затраты на одно посещение на дому участковым врачом в течение 2004-2008 гг. увеличивались. В 2004 году они составила 191,0, в 2006 г. – 219,6 и в 2008 г. – 285,5 тенге.

Установлено, что в 2006 году, по отношению к

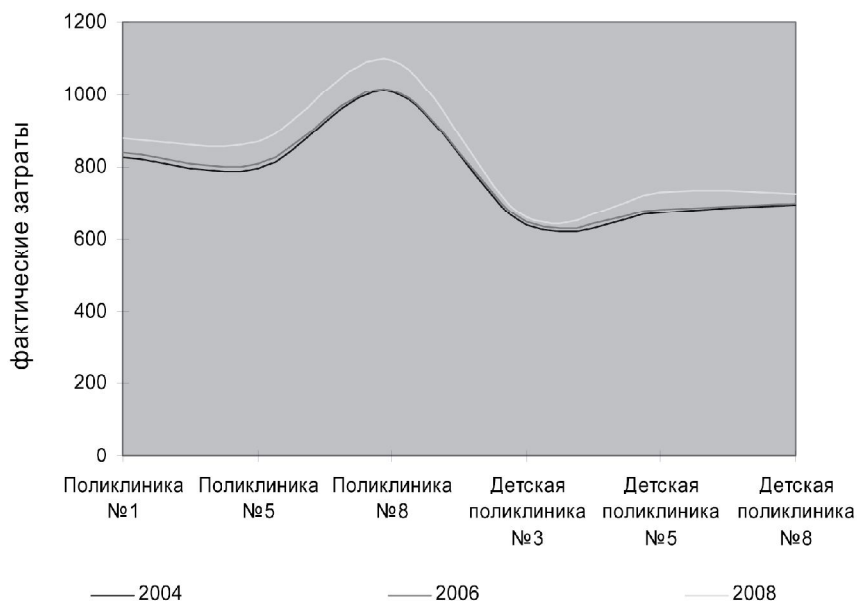


Рисунок 2– Динамика изменения удельных фактических затрат на одного пролеченного больного у участкового врача

В 2006 году, по сравнению с 2004 годом, темп прироста данного показателя в изучаемых поликлиниках увеличился незначительно. Рост данного показателя колебался в пределах от 100,6% до 101,8%. При этом средний показатель удельных фактических затрат на одного пролеченного больного у участкового врача увеличился на 1,2%.

Далее установлено, что в 2008 году по сравнению с 2006 годом, изучаемый показатель также увеличился во всех организациях ПМСП г. Алматы.

2004 году, удельные фактические затраты на одно посещение на дому участковым врачом увеличились в смешанных поликлиниках № 1,5 и 8 соответственно на 10,4%, 5,8% и 21,9%, а в детских поликлиниках № 3,5 и 8 – на 11,3%, 23,9% и 14,3%. При этом средний показатель в целом по всем поликлиникам вырос на 15,0%.

Обнаружено, в 2008 году, по отношению к 2006 году, изучаемый показатель также повысился во всех изучаемых организациях ПМСП г. Алматы. Наибольший темп прироста удельных фактических затрат на одно посещение на дому участковым врачом установлен в детской поликлинике № 5 (на 66,7%), а наименьший в детской поликлинике № 3 (на 3,0%). В результате средний показатель в целом по всем поликлиникам вырос на 30,0%.

Поэтому при изучении и оценке отклонения среднего показателя удельных фактических затрат на одно посещение на дому участковым врачом в баллах можно использовать среднегодовое значение  $\pm 5,0-7,9$  балла.

Далее установлено, что средний показатель изменения удельных фактических затрат на одного пролеченного больного у участкового врача в 2004 г. составил 773,1, в 2006 г. – 782,3, в 2008 г. – 827,0 тенге (рисунок 2).

При этом наибольшее увеличение наблюдалась в смешанной поликлинике № 8 (на 8,4%), а наименьшее – в детской поликлинике № 3 (на 1,6%), при росте среднего показателя в целом по всем поликлиникам на 5,7%.

Таким образом, показано, что при оценке отклонения от среднего показателя удельных фактических затрат на одного пролеченного больного у участкового врача в баллах следует использовать среднегодовое значение  $\pm 1,4-2,1$  балла.

На заключительном этапе исследования была проведена интегральная оценка избранных индикаторов. Исследования показали, что наиболее важным индикатором, влияющим на объем используемых ресурсов и экономическую эффективность ПМСП, являются подушевые затраты. На втором ранговом месте стояли затраты на 1 пролеченного больного у участкового врача и врачей специалистов, а также проведение амбулаторной операции; на третьем – удельные расходы на организацию посещений к врачам - диагностических кабинетов; на четвертом – к врачам специалистам и на пятом – удельные расходы на отдельные диагностические исследования и лечебные процедуры.

Можно полагать, что такая рейтинговая оценка позволяет по степени важности расставить наиболее важные индикаторы, влияющие на рациональное использование ресурсов ПМСП, а значит, управление процессами, которые они отражают, способствует повышению экономической эффективности организаций ПМСП. При этом балльная оценка среднегодовых изменений избранных индикаторов позволяет учитывать вклад каждого из них в интегральный показатель качества ПМСП.

Таким образом, результаты этого исследования, в дополнение к предыдущим разделам, в которых представлены методические подходы к оценке доступности качества ПМСП взрослому населению, показали, что предложенный набор индикаторов позволяет оценить количественные и качественные стороны организации ПМСП детскому населению.

При этом очевидно, что использование их рейтинговой и интегральной оценки расширяет методические возможности комплексного анализа различных организационно-технических элементов организационно-профилактической и лечебно-диагностической помощи детскому населению и направлено на максимальное использование кадровых и медико-технологических ресурсов. С другой стороны, важно, что для нужд внутренней и внешней экспертизы качества ПМСП разработаны инструменты, позволяющие осуществлять повседневный мониторинг специалистов и уровня организации медицинской помощи детям.

В заключение следует отметить, что разработанные подходы, оценка экономической эффективности организации ПМСП с использованием принципиально новых индикаторов и инструментов, расширяет информационное и методическое поле в изучении и практическом мониторинге за качеством и доступностью ПМСП населению. При этом предлагаемый методический аппарат мониторинга, впервые учитывает индивидуальные индикаторы, регламентирующие взаимосвязи между объемом, структурой медицинской помощи и ее ресурсным наполнением у врачей основных специальностей.

Можно полагать, что, таким образом, заложены базовые экономические основы для формирования дифференцированной оплаты труда медицинских работников, опирающейся на учете и оценке объективных количественных и качественных параметров профилактической, лечебно-диагностической и медико-реабилитационной деятельности специалистов организации ПМСП.

#### Литература

1. Антонов Д.П. Зарубежный опыт формирования финансовых ресурсов в здравоохранении // Проблемы стандартизации в здравоохранении. - 2005. - №6. - С.35-40.
2. Шарманов Т.Ш. Развитие ПМСП – основа реформирования здравоохранения Казахстана // Здравоохранение Казахстана, 1999. - №5-6. - С.7-12.
3. Маджуга В.П. К вопросу реформирования отдельных принципов организации и финансирования здравоохранения РК // Материалы 2-ой Республиканской науч.-практ. конференции «Опыт, проблемы и перспективы реформирования системы здравоохранения РК», Алматы, 2002. - С.64-68.
4. Тулебаев К.А. Кадровая политика ВОЗ в развитии ПМСП // Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением. - Алматы, 1995. - №1. - С.68-72. Завалев В.И., Харитонов В.Ф. Некоторые аспекты стандартизации при лицензировании и аккредитации медицинской деятельности // Проблемы стандартизации в здравоохранении. - 1999. - № 4. - С. 53-56.

#### АМСК ұйымдарында ресурстарды пайдаланудың экономикалық мониторингін ұйымдастыру Ж.Б. Бижігітов

Алғашқы медициналық-санитарлық көмек (АМСК) ұйымдарында экономикалық тиімділікті бағалау, оның сапасын интегралды бағалаудың ажырамас бөлігі болып табылатындығы белгілі. Бұл тұрғыдан қарауды пайдалану әсіресе, денсаулық сақтау саласына бөлініп отырған мемлекеттік қаржыларды оңтайлы пайдалану денсаулық сақтау ресурстарын басқаруда басты басым бағыт болып табылатын қазіргі кездегі экономикалық дағдарыс жағдайында ерекше өзекті мәселе болып отыр.

Зерттеудің бірінші сатысында Алматы қ. зерттеліп отырған АМСК ұйымдарындағы нақты адам басына бөлінетін шығындардың өзгеру қарқыны зерттелді. 2004 жылы 1263,3 теңгені, 2006 жылы – 1374,1 және 2008 жылы – 1978,3 теңгені құрағаны анықталды.

*Түйінді сөздер:* ұйым, алғашқы медициналық – санитарлық көмек, экономикалық тиімділік, интегралды бағалау, ресурстар, денсаулық сақтау.

## **The organization of economic monitoring on resource exploitation in Health care organizations**

Z.B. Bizhigitov

As it is known, the economic efficiency estimation in the organization of the primary medico-sanitary help (PMSH) is an integral part to an integrated estimation of its quality. Use of such approach, especially actually now when in the conditions of an economic crisis, rational use of the public funds allocated for public health services is a main priority in public health services resource management.

At the first investigation phase the dynamics of change on pillow expenses has been studied in Health care organizations of Almaty. It is established that in 2004 they have constituted 1263.3 tenge, in 2006 – 1374.1 and in 2008 – 1978.3 tenge.

*Key words:* the organization, the primary medico-sanitary help, economic efficiency, an integrated estimation, resources, public health services.

УДК 616.31-326.12

## **ПОНЯТИЕ ВНУТРЕННЕГО МАРКЕТИНГА В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ**

**Т.С. Джетибаев**

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

В статье представлен процесс развития современной концепции маркетинга в стоматологической службе

**Ключевые слова:** маркетинг, медицинская услуга, концепция маркетинга.

Современная концепция маркетинга эволюционировала достаточно долго. Как особый подход к управлению производством и реализацией продукта она выделилась в начале XX века, когда формировалось крупномасштабное производство, резко обострилась конкуренция [1].

В Государственной Программе реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы, утверждённой Указом Президента Республики Казахстан от 13 сентября 2004 года № 1438, определено, что внутриведомственный маркетинг медицинских услуг в мировой практике является одним из главных механизмов управления отраслью здравоохранения. В этой связи проводимые и планируемые реформы системы здравоохранения направлены на более рациональное использование ресурсов, повышение эффективности службы и качества медицинской помощи. Ключевым моментом реформирования является разработка Основного пакета медицинских услуг. Маркетинговые услуги позволяют реализовать услугу в тех случаях, когда определена потребность населения, когда услуга имеет преимущественное качество и удовлетворяющую обе стороны цену.

Согласно отечественным работам авторов, освещающих вопросы маркетинга как в стоматологической службе в частности, так и в здравоохранении в целом, эта система далека от

совершенства [2]. Подобное мнение сложилось по следующим причинам:

- отсутствие современных методов вневедомственного менеджмента;

- сложившимися в условиях административно-командной системы стереотипами и привычками работы медицинских работников, которые перешли на работу в фонды ОМС, в отношении менеджмента медицинских услуг.

Борьба за повышение эффективности системы здравоохранения путем инвестирования средств и контроля за их целевым использованием, создание условий для повышения положительной мотивации труда у медицинских работников, стимулирование ответственного подхода медицинских работников к исполнению своих обязательств стали возможны после начала развития внутриведомственного маркетинга здравоохранения [3].

Внутренний маркетинг - это система мероприятий, направленных на создание такого качества услуг (медицинской помощи и сервиса), которое является конкурентноспособным, т.е. наилучшим образом удовлетворяет потребности пациентов, побуждает их к новым обращениям и дает прибыль производителю. Внутренний маркетинг удерживает пациента в клинике за счет создания реального качества услуг, соответствующего потребностям пациента, в отличие от внешнего маркетинга,