

Зиганшина Зухра Рашидовна, сот. 8(965)597-12-51,
e-mail:salimaizy@yandex.ru

З.Р. Зиганшина

Казанский федеральный университет, соискатель, ассистент кафедры менеджмента в социальной сфере института управления экономики и финансов (420012, г. Казань, ул. К.Маркса, д. 43; (843)238-34-64; kaf_mss@mail.ru)

Z.R. Ziganshina

Kazan federal university, applicant, assistant of the chair management in the social sphere of Institute of management economy and finance (420012, Kazan, K. Marks str., 43; (843)238-34-64; kaf_mss@mail.ru)

Программа диспансеризации как конкурентное преимущество на рынке медицинских услуг

Аннотация: На коммерческом рынке медицинских услуг все больше обостряется конкуренция за пациентов. Медицинские учреждения начинают привлекать клиентов новыми программами обследований и качеством сервиса. Конкурентным преимуществом среди программ диспансеризации становится интеллектуальное лидерство.

Ключевые слова: диспансеризация, конкурентное преимущество, медицинская услуга, университетская клиника

Clinical examination of the program as a competitive advantage in the market of medical services

Annotation: In the commercial market of medical services more acute competition for patients. Medical institutions are beginning to attract customers with new programs and service quality surveys. The competitive advantage among clinical examination program becomes the intellectual leadership.

Key words: clinical examination, competitive advantage, medical service, university hospital

Основной характерной чертой конкуренции является конкурентная борьба между участниками рынка. Побеждает в ней тот, кто обладает наибольшими конкурентными преимуществами. Конкурентоспособность, по мнению Дж. Сакса – это универсальный измеритель для оценки того, все ли страна делает для повышения уровня жизни своего населения с учетом роста конкуренции на мировых рынках. Основной характерной чертой конкуренции является конкурентная борьба между участниками рынка. Побеждает в ней тот, кто обладает наибольшими конкурентными преимуществами. В середине прошлого века концепции конкурентных преимуществ были сосредоточены главным образом на решении вопроса о распределении ограниченных производственных ресурсов. Наличие, доступность и правильное использование финансовых и материальных ресурсов, по мнению большинства исследователей, обеспечивали организации столь необходимые ей конкурентные преимущества.

На сегодняшний день перед здравоохранением стоит задача перехода от дорогостоящей реактивной модели обеспечения здравоохранения по обращаемости больных к профилактической модели, соответственно которой медицинские организации смогут прогнозировать изменение здоровья людей, предотвращать развитие заболевания и их осложнений, эффективнее оказывать помощь, сокращая расходы и в то же время, повышая качество жизни пациентов. Регулярное прохождение диспансеризации позволит каждому в значительной степени уменьшить вероятность развития наиболее опасных заболеваний, или выявить их на ранней стадии, когда лечение наиболее эффективно и, следовательно, есть возможность не допустить или снизить тяжесть течения имеющихся болезней и частоту развития осложнений.

Программы комплексного медицинского обследования в ходе диспансеризации дифференцированы в зависимости от возраста и пола с периодичностью 1 раз в 3 год: первая диспансеризация – в 21 год, последующие – через каждые 2 года на протяжении всей жизни.

Календарным годом для проведения диспансеризации считается год исполнения возраста, при достижении которого человек подлежит диспансеризации.

Диспансеризация для населения осуществляется абсолютно бесплатно за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Республики Татарстан и проводится в два этапа: раннее выявление проявления признаков хронических неинфекционных заболеваний и дополнительное обследование и уточнение диагноза. Диспансеризация можно пройти строго по территориально – участковому принципу.

Таблица 1

Диспансеризация и профилактические медицинские осмотры отдельных категорий граждан в 2014 – 2015 гг.¹

Наименование показателя	Количество МО, проводящих медицинские осмотры в 2015 г.	План				Факт согласования предъявленным к оплате счетам				Средний тариф стоимости на 1 человека в 2015 году руб.
		2014 г.		2015 г.		2014 г.		2015 г.		
		кол-во человек	сумма, млн. руб.	кол-во человек	сумма, млн. руб.	кол-во человек	сумма, млн. руб.	кол-во человек	сумма, млн. руб.	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	7
Профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних	62	299 902	252,0	364 394	423,4	236 591	198,8	296 544	320,4	1080,45
Периодические медицинские осмотры несовершеннолетних	62	238 028	66,5	286 687	68,2	238 028	66,5	275 231	65,4	237,75
Диспансеризация детей – сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных),	61	6 004	15,7	5 707	19,4	5 897	17,8	5 720	18,1	3 165,93

¹ Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Татарстан [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://fomsrt.ru/>, свободный (10.05.2016)

принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью										
Диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей – сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации	22	1 682	3,8	1 481	5,3	1 682	5,0	1 490	4,6	3 114,63
Диспансеризация отдельных групп взрослого населения	87	622 560	1 369,7	606 661	1 380,6	541 522	681,5	562 506	698,3	1 241,41
Итого по Республике Татарстан	x	1 168 176	1 707,6	1 264 930	1 896,8	1 023 720	969,6	1 141 491	1106,8	x

Таблица 2

Информация о распределении прошедших в 2013 – 2015 годах диспансеризацию взрослых граждан по группам состояния здоровья²

Распределение прошедших диспансеризацию взрослых граждан по группам состояния здоровья	2013	2014	2015
Всего	100%	100%	100
I группа – практически здоровые	48,6%	37,7%	32,7%
II – риск развития заболеваний	15,4%	19,0%	20%
III – нуждаются в доп. обследовании, лечении в амбулаторно – поликлинических или стационарных условиях, либо в ВМП	36,0%	43,3%	47,3%

Так, диспансеризация взрослого населения, проведенная в 2015 году, показала, что только 32,7% осмотренных практически здоровы, что к сожалению, на 33% меньше по сравнению с 2013 годом (Табл. 2). Основная же масса граждан, а это 47,3%, отнесены врачами к III группе здоровья, то есть все они имеют различные заболевания, нуждаются в дополнительном обследовании и постоянном наблюдении и лечении, что на 24% больше по сравнению с 2013 годом.

² Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Татарстан [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://fomsrt.ru/>, свободный (10.05.2016)

Сегодня на рынке присутствует несколько тысяч медицинских компаний, только в Республике Татарстан на 1 марта 2016 года 2266 организаций здравоохранения и предоставления социальных услуг учтено в Статистическом рейтинге хозяйствующих субъектов. Из них 478 государственных и муниципальных организаций, 1607 частных и 23 организации смешанной форм собственности, что говорит о росте числа клиник коммерческой медицины по сравнению с 2015 годом на 8%.³ Однако структура доходов коммерческого сектора медицины начала меняться. В среднем более половины пациентов частных клиник – это владельцы полисов добровольного медицинского страхования (ДМС), число которых начало снижаться – по количеству выданных полисов рынок ДМС сократился на треть, а также клиники столкнулись с задержками выплат страховыми компаниями денег на обслуживание пациентов. В этих условиях клиники начали диверсифицировать деятельность в пользу увеличения объемов продаж своих услуг в розницу: развивать собственные каналы привлечения пациентов, предлагать разнообразные программы годового обслуживания взамен страховых полисов, пакетные предложения на диагностику и обследования и т.д. Фактически это вылилось в кардинальную перестройку бизнеса по всем направлениям – его администрирования, ценовой политики, маркетинга и сервиса, способности медицинских центров самостоятельно привлекать клиентов с рынка, что и будет определять уровень их конкурентоспособности и финансовой стабильности в будущем.

Рынок коммерческой медицины выглядит в настоящее время менее технологичным и стандартизированным, что связано с фазой развития, в которой находится, его становлением, а также наличием мощного конкурента – государственной медицины. В следствии чего ни один проект на рынке частной медицины не похож на другой и представляет собой уникальный кейс, который реализуют его создатели исходя из собственного опыта,

³ Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Республике Татарстан [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://tatstat.gks.ru/>, свободный (10.05.2016)

понимания рынка и наличия подходящих для этих целей ресурсов.

Фактором успеха на рынке, согласно концепции, авторами которой являются Г. Хэмел и К. К. Прахалад, является интеллектуальное лидерство. Его важнейшим условием Г. Хэмел и К. К. Прахалад назвали умелое использование «базовых 20 функциональностей продукта» и «ключевых компетенций». Первое понятие означает потенциальные возможности развития и нового использования продукта, второе — знания и умения людей, которые шире их должностных обязанностей. Если какой-то конкретный товар не пользуется спросом, ключевые компетенции позволят выйти с другими предложениями.

Организации – революционеры согласно авторам концепции, отберут у традиционных компаний их рынки и потребителей, а затем лучших работников и, наконец, активы. Конкуренция на рынке медицинских услуг – это уже не только «услуга против услуги», «эффективность против неэффективности», а «нелинейная инновация против линейной». Инновации в здравоохранении определяют, как продвижение новых идей, концепций, услуг, процессов и продуктов, направленных на качественные изменения диагностики, лечения, образования и обучения, социальной поддержки, предупреждения болезней и исследований в этой сфере, которые осуществляются с долгосрочными целями улучшения качества безопасности, результата и эффективности.⁴

Большинство клиник сегодня выбирают стратегию привлечения клиентов новыми программами обследований и качеством сервиса чтобы удержаться на рынке в условиях наступившего кризиса и обострившейся конкуренции. Маркетинговым хитом последних лет становятся различные программы комплексных обследований, предлагаемых коммерческими медицинскими центрами. Комплексная диспансеризация дает базовое понимание о текущем состоянии здоровья человека, а для коммерческих

⁴ Садовничий В.А., Григорьева Н.С., Чубарова Т.В. От традиций к инновациям: реформы здравоохранения в современном мире/ В.А. Садовничий, Н.С. Григорьева, Т.В. Чубарова. – М.: Экономика, 2012. – 286 с.

медицинских центров – верный способ привлечения новых клиентов.

В «университетской клинике Казань» пошли по пути пакетного предложения по диагностике, как и во многих других медицинских учреждениях города Казани (Табл. 3).

Таблица 3

Стоимость услуг «СНЕКUP» в клиниках города Казани

Название клиники	Виды «СНЕКUP» программ								
	Исследования внутренних органов			Диагностика нарушений работы сердца и сосудов			Диагностика нарушений функций головного мозга		
Университетская клиника Казань	СнекUp «Эконом»	СнекUp «Премиум F»	СнекUp «Премиум»	СнекUp «Эконом»	СнекUp «Премиум F»	СнекUp «Премиум»	СнекUp «Эконом»	СнекUp «Премиум F»	СнекUp «Премиум»
	от	от	от	от	от	от	от	от	от
	4 800 руб.	6 800 руб.	16 450 руб.	4 800 руб.	8 800 руб.	18 500 руб.	5 900 руб.	5 900 руб.	19 100 руб.
Клиника «Ваше Здоровье»	«Скажи инсульту НЕТ!»			«Здоровое сердце»			Программа одного дня «Full screening»		
	5 500 руб.			3 500 руб.			25 000 руб.		
ГАУЗ ГКБ 7	Боль в грудной клетке	Головная боль	Проблемы с памятью	Боль в ногах	Изжога и боль в животе	Боль в коленном суставе	Боль в пояснично-крестцовом отделе	Трудная беременность	Быстрая диагностика женского рака
	13 980 руб.	12 780 руб.	12 240 руб.	15 240 руб.	13 500 руб.	11 850 руб.	6 545 руб.	9 050 руб.	32 075 руб.
Медицинский центр «Здоровье семьи»	Плановое обследование: контроль состояния здоровья			Исследования внутренних органов			Не пропусти инфаркт		
	3 515 руб.			от 6500 руб.			2 165 руб.		

Для хорошо оборудованных клиник пакетные предложения на диагностику, в частности МРТ и КТ – один из верных способов привлечь новых клиентов. Исторически, еще со времен мало обеспеченности рынка оборудованием, цены на такие услуги сложились высокими, а их

рентабельность – самая высокая в амбулаторной практике (доходит до 60%). Следовательно, у компаний существует задел для снижения цены, особенно это касается медицинских клиник, купивших оборудование до девальвации рубля по низкой цене.

Если рассматривать в целом возможности клиник по предоставлению скидок и снижению цен, то с учетом того, что многие из представленных клиник на рынке Казани находятся в инвестиционном цикле, этот задел не так и велик. В среднем рентабельность медицинского бизнеса, по словам самих директоров клиник, составляет 8-20%. Так, маржинальность услуг амбулаторного лечения составляет 15-20%, стоматологии – 25%, рентабельность услуг по диагностике – от 35 до 60%. Если же проект будет правильным с точки зрения рынка, набора услуг, качества врачей и т.п., окупаемость инвестиций составит примерно пять лет.

Созданию уникальных конкурентных преимуществ способствует не только широкий набор предоставляемых услуг и масштабные инвестиции в оборудование, но и профессионализм врачей и их способность работать в команде, что является одной из важнейших проблем рынка коммерческой медицины. В настоящее время на рынке развернулась борьба между частными клиниками за высококвалифицированных докторов из государственного сектора, так как спрос на услуги напрямую зависит от авторитета и квалификации врача.

Все больше усложняющиеся диагностические системы требуют непрерывного роста квалификации медицинского персонала. Система непрерывного образования в области медицины и здравоохранения развивается сегодня и на территории Республики Татарстан. В рамках проекта «Университетская клиника» ведущие представители профессорско – преподавательского состава вуза будут приняты в штат клиник. Таким образом, согласно глобальным изменениям произошедшим в последние годы в федеральной нормативной базе, регламентирующие охрану здоровья граждан Российской Федерации, они получают право в полном объеме

выполнять функции лечащих врачей, а врачи больниц в свою очередь приступят к работе преподавателей в вузах, что позволит обучающимся получать наиболее востребованные навыки и умения, необходимые для полноценного осуществления медицинской деятельности непосредственно от тех, кто ежедневно применяет наиболее передовые медицинские технологии на благо конкретных пациентов. В следствии чего ожидается заметный рост заинтересованности многих преподавателей в клинической практике медицинской помощи.

Следствием создания университетской клиники Казанского университета в Республике Татарстан станет приток в здравоохранение хорошо обученных специалистов, способных оказывать квалифицированную медицинскую помощь; повышение доступности и качества медицинской помощи; преобразование в сфере высокоспециализированной помощи; возможность снижения стоимости медицинских услуг; становление высокотехнологичной медицинской организации; создание центра трансляционной медицины; усиление практического здравоохранения с помощью мероприятий направленных на поддержание уровня жизни населения.

Список использованной литературы

1. Кузьмина Н., Шакиров Ж. Эффективный университет: перезагрузка / Н. Кузьмина, Ж. Шакиров. – М.: МГИМО (У) МИД России, 2014. – 173 с.
2. Садовничий В.А., Григорьева Н.С., Чубарова Т.В. От традиций к инновациям: реформы здравоохранения в современном мире/ В.А. Садовничий, Н.С. Григорьева, Т.В. Чубарова. – М.: Экономика, 2012. – 286 с.
3. Подольская М.А., Альбицкий В.Ю. Медицинская Казань в 1908 – 1911 годы в фотографиях врача А.А. Козлова / М.А. Подольская, В.Ю. Альбицкий– Казанский медицинский журнал, 2008. – 99-105 с.

4. Фридман, Л.М. Наглядность и моделирование в обучении / Л.М. Фридман. – М.: Знание, 1984. – 80 с.
5. Bloomberg: Рейтинг стран мира по эффективности систем здравоохранения в 2014 году. [Электронный ресурс] // Центр гуманитарных технологий. – 22.09.2014 URL: <http://gtmarket.ru/news/2014/09/22/6887>
6. Institute for Health Metrics and Evaluation. Financing global health: the end of the golden age. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation, 2012.
7. Ghana Health Service. Annual Report of the Upper East Region Health Service. Annual Report of the Ghana Health Service. Accra, Ghana 2012.
8. Gostin LO. Global health law. Cambridge: Harvard University Press, 2014.
9. Cohen IG. The globalization of health care: legal and ethical issues. New York: Oxford University Press, 2013.
10. Zuniga J. Marks SP, Gostin LO. Advancing the human right to health. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press, 2013.
11. Sridhar D, Gostin LO. Reforming the World Health Organization. JAMA 2011.

References

1. Kuzmina N., Shakirov J. Effective University Reloaded / Kuzmin, J. Shakirov. - М.: MGIMO (University) MFA Russia, 2014. - 173 p.
2. Sadovnichy V.A., Grigorieva N.S., Chubarov T.V. From tradition to the Institute innovations: health care reform in the Modern World / V.A. Sadovnichy, N.S. Grigorieva, T.V. Chubarov. - М.: Economics, 2012. - 286 p.
3. Podolsky M.A., Albitsky V.Y. Medical Kazan in 1908 - 1911 years in the doctor pictures A.A. Kozlov / M.A. Podolsky, V.Y. Albitskiy – Kazan Medical Journal, 2008. - 99-105 p.
4. Friedman L.M. Visualization and Simulation in training / L.M. Freedman. - М.: Knowledge, 1984. - 80 p.

5. Bloomberg: Рейтинг стран мира по эффективности систем здравоохранения в 2014 году. [Электронный ресурс] // Центр гуманитарных технологий. – 22.09.2014 URL: <http://gtmarket.ru/news/2014/09/22/6887>
6. Institute for Health Metrics and Evaluation. Financing global health: the end of the golden age. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation, 2012.
7. Ghana Health Service. Annual Report of the Upper East Region Health Service. Annual Report of the Ghana Health Service. Accra, Ghana 2012.
8. Gostin LO. Global health law. Cambridge: Harvard University Press, 2014.
9. Cohen IG. The globalization of health care: legal and ethical issues. New York: Oxford University Press, 2013.
10. Zuniga J. Marks SP, Gostin LO. Advancing the human right to health. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press, 2013.
11. Sridhar D, Gostin LO. Reforming the World Health Organization. JAMA 2011.