

Соловьев И.Р.¹, Лопатин А.Ю.², Сивков И.А.², Буторина О.А.³, Кузьмин Ю.Ф.⁴

Совершенствование маркетинговой стратегии многофункционального стоматологического центра путём создания кластерной модели интеграции

1- Свердловский областной клинический психоневрологический госпиталь для ветеранов войн, г. Екатеринбург; 2 - ООО «Фирма Евромед», г. Москва; 3 - ООО Европейский медицинский центр «УТМК-Здоровье», г. Екатеринбург; 4 - ГБОУ ДПО «Уральский научно-практический центр медико-социальных и экономических проблем здравоохранения», г.Екатеринбург

Soloviev I.R., Lopatin A.Yu., Sivkov I.A., Butorina O.A., Kuzmin Yu.F.

Improving the marketing strategy of the multifunctional dental centre by creating a cluster integration model

Резюме

Для совершенствования маркетинговой стратегии на основании разработки и расширения понятия «стоматологический континуум» создана модель кластера многофункционального стоматологического центра с общесоматическим клинико-диагностическим центром, кафедрами медицинского ВУЗа, зуботехническими лабораториями и рядом страховых компаний. Это позволило в значительной мере увеличить и системно распределять доходы клиники на внедрение ультрасовременных технологий и дальнейшее совершенствование стоматологической помощи пациентам клиники.

Ключевые слова: стоматология, стоматологическая клиника, маркетинговые технологии

Summary

For the purposes of improving the marketing strategy based on the development and widening of the item "dental continuum" a model of a cluster of multifunctional dental clinic affiliating general clinical-diagnostic center, departments of the medical academy, dental laboratories and a number of medical insurance agencies. It helped to sufficiently increase and effectively distribute the earnings of the clinic and ally them to implementation of super-modern technologies and further improvement of dental services provided to the patients.

Keywords: stomatology, dental clinic, marketing technologies

Введение

В условиях рыночной экономики российские предприятия стоматологического бизнеса столкнулись с проблемой поиска клиентов, выживания, конкурентоспособности и другими факторами рынка. Маркетинг услуг - это процесс разработки, продвижения и реализации услуг, ориентированный на выявление специфических потребностей населения. Он призван помочь потребителю оценить услуги сервисной организации и сделать правильный вывод. Стоматологиям необходимо постоянно предпринимать меры по поддержанию своего имиджа на рынке, получения прибыли, сохранения уровня загрузки, достаточного для того, чтобы не быть убыточными. Организация деятельности в стоматологии становится всё более сложной. Во многом это связано с разнообразием организационно-правовых форм стоматологических с непростой системой управления стоматологической помощью. Это тем более важно, что в последние годы

появился целый блок новых федеральных законов, регламентирующих возможность появления медицинских организаций в новых организационно-правовых формах или формирования взаимоотношений между организациями на принципиально новой основе [1].

По данным литературы, для оценки и характеристики динамического состояния здоровья целесообразно применение принципа континуума (от лат. continuum) - непрерывное, сплошное), в соответствии с которым процесс деструкции здоровья представляется непрерывной цепью изменений: отклонения от нормы - функциональные нарушения - пограничные состояния - предболезнь - болезнь, обосновывается необходимость введения понятия - стоматологический континуум. Приводятся аргументы использования данного термина в практике внутренних болезней. Обсуждаются вопросы ко- и мультиморбидных состояний в клинике внутренних болезней и стоматологии [2].

На основании анализа накопленного опыта работы с позиции принципов континуума была выявлена необходимость расширения видов и объемов медицинской помощи, оказываемой пожилым пациентам и детям. Её содержание не всегда напрямую относится к функциям только стоматологического центра, проведение и финансирование требует интеграции с другими научными, лечебно-диагностическими и финансовыми структурами. С целью выполнения этой задачи, способствующей в том числе закреплению контингента, и увеличению экономической эффективности стоматологического центра, было принято решение создания кластерной модели интеграции.

Материал и методы

Проведен анализ амбулаторных карт пациентов, многофункционального стоматологического центра и результатов карты - опросника, добровольно заполняемой пациентами клиники и/или их законными представителями.

Предпринята попытка разработки и расширения академического понятия «стоматологический континуум» применительно к двум возрастным категориям пациентов: геронтологического возраста и детям, страдающим заболеваниями, сопровождающимся тканевой гипоксией. Выявлена необходимость совершенствования организации и увеличения объемов медицинской помощи, оказываемой указанным выше категориям.

В целях эффективной реализации намеченной цели разработана и внедрена кластерная модель интеграции, в которую вошел стоматологический и общесоматический клинико-диагностический центры, кафедры педиатрии, стоматологии, челюстно-лицевой хирургии медицинской академии, зуботехнические лабораторий и страховые компаний мегаполиса.

Проведена оценка эффективности внедрённой кластерной модели интеграции, выявлено повышение эффективности работы стоматологического центра, намечено дальнейшее внедрение ультрасовременных лечебно-диагностических методик для его инновационного развития.

Результаты и обсуждение

С целью совершенствования маркетинговой стратегии многофункционального стоматологического центра и повышения экономической эффективности его функционирования после первого года его работы был проведён анализ амбулаторных карт пациентов и разработанных для этой цели карт - опросников, добровольно заполняемых пациентами клиники и/или их законными представителями, при этом выявлена значительная доля пациентов детского и геронтологического возраста. Именно эти группы стали предметом внимания, поскольку они, помимо стоматологических, имеют ряд соматических заболеваний, и часто не могут самостоятельно проводить оплату высококачественной специализированной медицинской помощи.

Здоровье детского и подросткового населения является составной частью общественного здоровья, так как, складываясь из совокупности признаков индивидуального здоровья и, интегрируя социально-экономические черты общества, оно приобретает новые признаки и качества. Также важно иметь представление об особенностях стоматологического здоровья лиц геронтологического возраста, которые составляют значительную, всё нарастающую, часть населения нашей страны. Уровень здоровья этих групп и с точки зрения стоматологии не только иллюстрирует многообразие воздействующих на человека природных, социально-экономических и медико-организационных проблем, но и косвенным образом отражает здоровье нации в целом [3].

На страницах научной медицинской литературе широко рассматривается понятие «континуум». В 1991 году Dzau V. и Braunwald E [4] предложили концепцию сердечно-сосудистого континуума (cardiovascular continuum), представляющего собой цепь последовательных событий, приводящих в финале к развитию застойной сердечной недостаточности у больного. Континуум - непрерывность, неразрывность, нерасчлененность явлений, процессов, функций. Континуальность означает процессы, непрерывно протекающие в условиях пространства и времени.

В работе, основанной на современных данных литературы представлены многочисленные факты различных ассоциаций заболеваний сердца и почек. Указано на патогенетическое направление «от болезней сердца и сосудов к страданию почке» с последующим усугублением сердечно-сосудистой патологии. Даны понятия и определения «кардиоренального континуума» [5]. Изложен взгляд на сочетанное течение ишемической болезни сердца и хронической обструктивной болезни легких. Рассмотрены клиническая картина коморбидной сердечно-легочной патологии, особенности диагностики и лечения [6]. Это понятие может быть определено как сердечно-лёгочному континуум.

В ряде работ предыдущих лет авторы уже останавливались на проблеме особенностей соматического и стоматологического статуса пациентов пожилого и старческого возраста [7,8,9,10]. Автором современной работы обосновывается необходимость введения нового понятия – «стоматологический континуум». Приводятся аргументы использования данного термина в практике внутренних болезней. Обсуждаются вопросы ко- и мультиморбидных состояний в клинике внутренних болезней и стоматологии. Акцентируется внимание на особенной необходимости введения понятия «стоматологический континуум» в геронтостоматологии. Автором было доказано, что патология зубочелюстной системы у пациентов пожилого, старческого возраста напрямую связана с наличием, возраст-ассоциированных хронических мультифакториальных соматических патологий: атеросклероза, артериальной гипертензии, метаболического синдрома и его компонентов (сахарный диабет II типа, дислипидемия, ожирение), хронической болезни почек. Этот факт подтверждается наличием тесных корреляционных взаимосвязей [11].

У наших пациентов преклонного возраста по данным карты-опросника также отмечался комплекс сопутствующей патологии сердечно-сосудистой, мочеполовой системы, костно-мышечного аппарата, органов дыхания. На врачебных приемах после вынужденного положения пациента с запрокинутой назад головой неоднократно были отмечены случаи легких головокружений, которые оценивались как проявление недостаточности в вертебро-базиллярном бассейне вследствие склеротических изменений позвоночных артерий и/или нестабильности шейного отдела позвоночника. Ситуация в значительной мере облегчалась территориальной близостью общесоматического клинико-диагностического центра, специалисты которого могли оказать неотложную помощь. До создания кластерной модели интеграции всегда вставал вопрос о способах оплаты их усилий.

Понятие «стоматологического континуума» нами рассмотрено и применительно к пациентам детского возраста, имеющим соматические заболевания, сопровождающиеся гипоксическим синдромом. В соответствии с мнением отечественных и зарубежных авторов, тяжесть течения стоматологических заболеваний у детей определяется тканевой гипоксией со значительным повышением уровней продуктов анаэробного гликолиза в слюне, нарушением перекисного окисления липидов, нарушением функции слюнных желез и минерализации зубов на фоне снижения скорости слюноотделения. Постгипоксическая активация анаэробного гликолиза у детей обуславливает ацидоз в полости рта, лежащий в основе патогенеза кариеса зубов и заболевания пародонта [12,13].

Следовало также учесть, что число родившихся с врожденными аномалиями развития увеличилось с 28,0 на 1000 новорожденных в 2001 г. до 33,0 в 2005 г. [14], причем пороки развития черепно-лицевой области занимают в их структуре третье место [15]. От 40 до 60% детей рождаются с аномалиями зуболицевой системы, а 4% нуждаются в комплексной ортодонтическо-хирургической коррекции [16].

В научной медицинской литературе рассмотрено повышение доступности и качества стоматологической помощи субъекта Федерации с врожденной патологией челюстно-лицевой области в условиях специализированного центра. Разработаны мероприятия по реорганизации структуры и деятельности центра профилактики и лечения детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области. Внедрение предложенных мероприятий позволило обеспечить высокий уровень оказания помощи детям с врожденной патологией челюстно-лицевой области [17]. Приведенная выше информация убедительно доказывает, на наш взгляд, необходимость совершенствования организации стоматологической помощи некоторым категориям детского населения.

Таким образом, рассматривая понятие «стоматологический континуум», на основании анализа данных литературы, амбулаторных карт и карт-опросников пациентов клиники, накопленного опыта работы была

выявлена необходимость совершенствования организации и расширения видов медицинской помощи, оказываемой обеим указанным категориям. Ряд медицинских услуг при этом не относится к функциям стоматологического центра. С целью выполнения этой задачи, способствующей закреплению наработанного контингента пациентов, было принято решение создания кластерной модели интеграции.

Функционирование кластера построено на взаимовыгодном сотрудничестве в целях эффективной реализации выбранной социальной цели. Кластер не является жесткой структурой. В общем представлении кластер (англ. cluster - скопление) - объединение нескольких однородных элементов, которое может рассматриваться как самостоятельная единица, обладающая определенными свойствами [18].

Было принято управленческое решение объединить в составе кластера наш многофункциональный стоматологический центр, общесоматический клинико-диагностический центр, расположенный в непосредственной близости от стоматологии, кафедры педиатрии, стоматологии и челюстно-лицевой хирургии высшего медицинского учебного заведения, расположенного в мегаполисе, а также несколько зуботехнических лабораторий города, владеющих ультрасовременными технологиями.

В доступной нам литературе проведен анализ лечебно-профилактической работы врачей-стоматологов и стоматологов-хирургов амбулаторных медицинских организаций у пациентов с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава. Показано, что в амбулаторных условиях пациенты обращаются к стоматологам-хирургам при наличии у них «острых» жалоб, обусловленных вывихом (в том числе привычным) нижней челюсти, артритом, болевой дисфункцией ВНЧС или в связи с выраженными звуковыми феноменами со стороны ВНЧС. Проведен анализ использованных методов лечения при заболеваниях ВНЧС в амбулаторных медицинских организациях. Выявлены предпосылки для обращения пациента за судебной защитой в связи с недостатками оказанной медицинской услуги. Сделаны выводы и рекомендации, позволяющие улучшить в амбулаторных условиях лечение пациентов с патологией ВНЧС [19]. Описан дифференцированный подход к разработке патогенетической терапии больных с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава, осложненной гипертонией жевательных мышц [20]. В связи указанной выше информацией в состав кластера нами была введена, как уже указано выше, кафедра челюстно-лицевой хирургии, куда по направлению наших специалистов могли обращаться при необходимости пациенты клиники с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава. Это обстоятельство вызвано и тем фактом, что многие стоматологические клиники мегаполиса практически не имели опыта оказания помощи этим больным.

Обе категории пациентов: пенсионеры и дети часто не имеют возможности самостоятельно проводить

Таблица 1. Показатели экономической эффективности работы стоматологической клиники

	Календарный период			
	октябрь	ноябрь	декабрь	Итого
2013 г.	31,5%	33,5%	35,0%	18,0%
2014 г.	65,0%	69,0%	78,0%	54,0
Кратность увеличения	2,06	2,05	2,22	3,0

оплату предоставленных им высококвалифицированных медицинских услуг. Ситуация в ряде случаев была решена путём заключения членами семей (дети или родители) наших пациентов договоров добровольного медицинского страхования на своих родственников. Администрация клиники провела работу по поиску удовлетворяющих нашим требованиям страховых медицинских компаний, а затем предложила родственникам пациентов заключить договоры ОМС, в том числе при участии предприятия или учреждения, на котором они работают. Указанные страховые компании также отнесены к числу предприятий функционального кластера, поскольку их деятельность отвечает выполнению поставленной цели.

Создание кластерной модели интеграции сделало возможным организовать принципиально новую, более, на наш взгляд, совершенную модель оказания помощи нашим пациентам. Врач-стоматолог на первичной консультации пациента после ознакомления с данными карты-опросника и согласования с пациентом объемов стоматологической помощи может дать направления на ряд дополнительных клинико-соматических исследований и/или консультаций врачей – специалистов. При этом врач-стоматолог сообщает пациенту в доступной для него форме представленную выше информацию о возможной связи соматической и стоматологической патологии, желательной необходимости лечения того и другого заболевания. Так, при заболеваниях тканей парадонта чаще назначаются консультации ревматолога с исследованием С-реактивного белка, значительной части пациентов предлагается предварительная консультация кардиолога, а при необходимости длительной вынужденной позы - консультация невролога с предварительным функциональным исследованием шейного отдела позвоночника и УЗИ брахиоцефальных сосудов. Дети, особенно если им предстоит лечение под наркозом, при наличии заболевания, сопровождающегося тканевой гипоксией, направляются на консультацию педиатра клинико-диагностического центра. Последний определяет спектр необходимых исследований и/или обосновывает необходимость консультаций специалистов медицинского ВУЗа с целью коррекции состояния здоровья ребёнка, подготовки к предстоящему вмешательству. Такой подход позволил на 36% увеличить проведение лечения детей под общим наркозом.

Очевидно, что не абсолютно все наши пациенты выполняют предложенные действия, но по данным опроса, среди 74% лиц пожилого возраста и 86%

родителей такой подход к охране здоровья вызвал одобрительное отношение.

Проведён анализ экономической эффективности работы клиники за последний квартал двух лет и в целом по годам (Таблица № 1), при этом можно констатировать, что удалось добиться повышения экономической эффективности вновь созданной клиники в 3 раза.

Последний факт обеспечивает дальнейшее развитие нашей клиники, требующее определённых инвестиций, которые в значительной мере стали возможны в связи с созданием кластерной модели интеграции. В ближайшее время предусматривается использование LM – активаторов для раннего лечения зубочелюстных аномалий, использование ортоимплантов для высокоэффективных результатов. Костная пластика, операции синус-лифтинга с использованием мембраны BioGade позволят максимально замотивировать пациентов на последующую имплантацию. В зуботехнической лаборатории планируем отслеживать результаты внедрения в практику 3D клинического сканера и 3D принтера, внедрение принципиально нового вида оксида циркония для решения вопроса протезирования боковых групп зубов, развитие полного съёмного протезирования с использованием современных пластмасс DREVA, АкриФри. В детской стоматологии совместно с врачом гигиенистом и ортодонтом проводить разъяснительные уроки гигиены с родителями и детьми, мотивируя их на лечение и исправление аномалий положения

Заключение

Развитие и прогрессирование стоматологической патологии у детей, страдающих заболеваниями, сопровождающимися тканевой гипоксией и пациентов геронтологического возраста происходит на фоне последовательного развития имеющейся соматической патологии и в определённой степени обусловлено ей.

Необходимо совершенствование организации и увеличение объёмов медицинской помощи указанным выше категориям пациентов. Возможной формой решения может быть создание кластерной модели интеграции стоматологического центра с общесоматическим лечебно-диагностическим центром, кафедрами ВУЗа, зуботехническими лабораториями и страховыми компаниями.

Функционирование кластерной модели интеграции может способствовать повышению экономической эффективности работы частного стоматологического центра и всех входящих в неё структур. ■

Соловьев Игорь Робертович, врач стоматолог-терапевт Свердловский областной клинический психоневрологический госпиталь для ветеранов войн, г. Екатеринбург, Лопатин Артем Юрьевич, канд. мед. наук главный врач, врач стоматолог-терапевт ООО «Фирма Евромед», г. Москва, Сивков Иван Александрович, врач-стоматолог-терапевт ООО «Фирма Евромед», г. Москва, Буторина Ольга Александровна, заведующий стоматологической клиникой ООО Европейский медицинский центр «УГМК-Здоровье», Екатеринбург; Кузьмин Юрий Федорович, д.м.н., профессор, директор ГБОУ ДПО «Уральский научно-практический центр медико-социальных и экономических проблем здравоохранения» ГБОУ ДПО «Уральский научно-практический центр медико-социальных и экономических проблем здравоохранения», г. Екатеринбург, Автор, ответственный за переписку - Грамова Вероника Львовна, e-mail: umser-veronica@yandex.ru, tel: 8 – 343 – 371 – 61 – 99, 8 – 908 – 904 – 76 – 00

Литература:

1. Матвеев Р.С., Викторов В.Н., Козлова Н.Е. Развитие стоматологической службы в России. *Здравоохранение Чувашии*. 2013; 2 (34): 58-64.
2. Арьева Г.Т., Арьев А.Л. Стоматологический континуум. *Пародонтология*. 2011; 9: 28-31.
3. Ермаков В.Б., Антоненков Ю.Е., Косолатов В.П. О проблемах стоматологической профилактики в Краснодарском крае. *Вестник новых медицинских технологий*. 2014; 21 (4): 148-152.
4. Dzau V, Braunwald E. Resolved and unresolved issues in the prevention and treatment of coronary artery disease: a workshop consensus statement. *Am. Heart J.* 1991; 121(4 Pt 1):1244-1263.
5. Обрезан А.Г. Кардиоренальный континуум. Сердечно-сосудистые заболевания и хроническая болезнь почек. <http://medpro.ru/groups/2013/> Интернет-ресурс
6. Григорьева Н.Ю., Кузнецов А.Н. Сердечно-лёгочный континуум. Нижний Новгород: НижГМА, 2013. – 102 с.
7. Bohmer F. Aufgaben der Pravention in der Gerontologie. *Wien. Med. Wochenschr.* 2001; 151. № 18/20: 468-471.
8. Matsumura K., Ansai T., Awano S. et al. Association of dental status with blood pressure and heart rate in 80-year-old Japanese subjects. *Jpn. Heart J.* 2003; 44 (6): 943-951.
9. Wehling M., Peiter A. Arzneimitteltherapie im Alter aus der Sicht des klinischen Pharmakologen. *Internist.* 2003; 44 (8): 1003-1009.
10. Сапронова О.Н. Особенности соматического и стоматологического статуса пациентов старших возрастных групп. *Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация*. 2012; 22-2 (141): 69-73.
11. Арьева Г.Т. Оценка стоматологического качества жизни пациентов старших возрастных групп с помощью опросника GONAI. *Пародонтология*. 2014; 19, № 3 (72): 10-15.
12. Яцкевич Е. Е. Механизм развития стоматологической патологии, принципы ее профилактики и лечения у детей при врожденных и наследственных заболеваниях с гипоксией. *Диссертация доктора мед. наук*. – Тверь, 2011: 186 с.
13. Martins C., Siqueira W.L., Guimarães LS. Oral and salivary flow characteristics of a group of Brazilian children and adolescents with chronic renal failure. *Pediatr Nephrol.* 2008. - № 23 (4): 619 - 624.
14. Шарапова О.В., Цымлякова Л.М. Анализ младенческой смертности в Российской Федерации за период 2001-2005 гг. *Здравоохранение*. 2007; 8: 16-19.
15. Притыко А.Г. О создании единой черепно-лицевой службы в здравоохранении России. *Передовые технологии медицины на стыке веков*. - М., 2000: 11-14.
16. Кулаков А.А., Рогинский В.В., Дьякова С.В., Полякова Ю.В. Состояние и перспективы специализированной помощи детям и подросткам с врожденными и приобретенными дефектами и деформациями челюстно-лицевой области. *Стоматология*. 2007; (6): 71-73.
17. Булгакова Е.А., Тё И.А., Ахапкин С.М. Комплексная реабилитация пациентов с расщелинами губы и неба в условиях Кемеровского центра профилактики и лечения детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области. *Казанский медицинский журнал*. 2012; 93 (6): 891-895.
18. Сибурин Т.А. Социальные риски и перспективные направления развития ГЧП. *Здравоохранение*. 2015; 6: 76 – 83.
19. Иорданшвили А.К., Толмачев И.А., Альшевский В.В., Паленс А.А., Сериков А.А. Клинико-экспертные аспекты лечения заболеваний височно-нижнечелюстного сустава в амбулаторных медицинских организациях. *Медицинская экспертиза и право*. 2012; 6: 34-39.
20. Бульчева Е.А. Дифференцированный подход к разработке патогенетической терапии больных с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава, осложненной гипертонией жевательных мышц: Автореф. дис. ...д-ра мед.наук.-Спб.: ГОУ ВПО СПбГМУ им.акад.И.П.Павлова. 2010: 31 с.