

10.14. ПРОБЛЕМЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЛЕЧЕБНО- ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ И ПУТИ РАЗВИ- ТИЯ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСКОЙ СРЕДЫ В КОНСУЛЬТАТИВНО- ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ЦЕНТРАХ ПО ОКАЗАНИЮ СПЕЦИАЛИ- ЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ

Оганджян М.В., соискатель

*Ставропольский краевой клинический
консультативно-диагностический центр*

Эффективное функционирование предпринимательской среды крупной медицинской организации определяется рядом системообразующих факторов, основными из которых можно считать совершенствование организационной системы управления оказание качественной медицинской помощи населению, развитие инфраструктуры и ресурсного обеспечения ЛПУ, наличие достаточного количества подготовленных медицинских кадров.

Так, программой государственных гарантий предусматривается уменьшение почти на 20% объема стационарной помощи за счет развития стационарзамещающих форм, а также планируемся рост доли расходов государства на амбулаторно-поликлиническую помощь к 2020 г.

Низкая эффективность работы первичного звена здравоохранения, отсутствие системы амбулаторного долечивания привели к тому, что стационарная помощь сегодня выступает в качестве основного уровня в системе охраны здоровья взрослого городского населения.

С целью совершенствования организации оказания консультативно-диагностической помощи населению края и предпринимательской среды консультативно-диагностических центров анкетированные рекомендовали осуществление следующих мероприятий (в порядке убывания приоритетов):

- доукомплектование городских поликлиник и КДЦ персоналом до штатного расписания;
- более частое проведение выездных приемов наиболее сложных и неясных в диагностическом и тактическом плане пациентов врачами центра;
- создание единого информационного пространства между КДЦ и лечебно-профилактическими учреждениями края с возможностью обмена информацией между специалистами и пациентами в режиме «онлайн» с использованием сети Интернет.

Критерием социально-экономической эффективности является степень удовлетворения конечных потребностей, и прежде всего потребностей, связанных с развитием человеческой личности. Высокой социально-экономической эффективностью обладает та социально-экономическая система, которая в наиболее полной степени обеспечивает удовлетворение многообразных потребностей людей: материальных, социальных, духовных, гарантирует высокий уровень и лучшее качество жизни. Основой такой эффективности функционирования служит оптимальное распределение имеющихся у общества ресурсов между отраслями, секторами и сферами национальной экономики. Эффективность (в переводе с английского языка efficiency) экономической системы зависит от эффективности производства, социальной сферы (систем образования, здравоохранения, культуры), эффективности государственного управления. Эффективность каждой из этих сфер определяется отношением полученных результатов к затратам и измеряется совокупностью количественных показателей. Эффективное

развитие предпринимательской среды в крупной медицинской организации определяется рядом системообразующих факторов, основными из которых можно считать совершенствование организационной системы управления оказание качественной медицинской помощи населению, развитие инфраструктуры и ресурсного обеспечения лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), наличие достаточного количества подготовленных медицинских кадров. В Концепции развития системы здравоохранения в РФ на период до 2020 г. одним из основных направлений повышения эффективности использования коечного фонда ЛПУ рассматривается внедрение и дальнейшее развитие стационарзамещающих форм организации и оказания медицинской помощи населению, в т.ч. перераспределение части ее объемов из стационарного сектора в амбулаторный.

Так, программой государственных гарантий предусматривается уменьшение почти на 20% объема стационарной помощи за счет развития стационарзамещающих форм, а также планируемся рост доли расходов государства на амбулаторно-поликлиническую помощь [14, с. 16].

В последнее десятилетие в Российской Федерации число больничных коек с круглосуточным режимом работы сократилось со 130,0 на 10 тыс. населения до 92,7 (в 2008 г.), но и этот показатель по-прежнему остается одним из самых высоких в мире. В 2011 г. в дневных стационарах Ставропольского края всех типов пролечено на 18,2 тысячи больше по сравнению с предыдущим годом. Большинство пациентов проходило лечение в дневных стационарах в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования (ОМС) – 125,6 тыс. больных (96,9% всех больных), согласно данным Государственного учреждения Министерства здравоохранения Ставропольского края «Медицинский информационно-аналитический центр» (ГУ МЗ СК «МИАЦ»).

Низкая эффективность работы первичного звена здравоохранения, отсутствие системы амбулаторного долечивания привели к тому, что стационарная помощь сегодня выступает в качестве основного уровня в системе охраны здоровья взрослого городского населения. В результате проведенного анализа плановая мощность поликлиник Ставропольского края в 2011 г. снизилась на 8% по сравнению с 2010 г.

В условиях ограниченных финансовых ресурсов, когда стационарная помощь является наиболее ресурсозатратной, возникает необходимость в дальнейшей реструктуризации коечного фонда, более широкого использования стационарзамещающих технологий.

Осуществленные на практике мероприятия по совершенствованию деятельности дневного стационара консультативно-диагностических центров (КДЦ), реструктуризации и репрофилированию его коечного фонда позволили наиболее рационально использовать возможности данного подразделения при оказании стационарзамещающих форм медицинской помощи населению округа и стали возможны только в условиях тесного информационного взаимодействия центра со всеми амбулаторно-поликлиническими учреждениями [2, с. 47].

Для эффективного воздействия на систему здравоохранения медицинским работникам необходимо знание не только объективных показателей, характеризующих деятельность отдельных подсистем отрасли, но и мнение населения об организации медицинской помощи. Для этого при анкетировании взрослого городского населения в анкету были включены вопросы, характеризую-

шие удовлетворенность населения полнотой и качеством оказываемых медицинских услуг в условиях дневного стационара КДЦ. Из числа опрошенных 62,4% считают лечение в дневном стационаре более удобной формой получения медицинской помощи, чем лечение в стационарах круглосуточного пребывания. В качестве основных положительных моментов лечения в дневном стационаре было отмечено, что «не меняется привычная обстановка» (36,4%), «есть возможность получать полноценное лечение и заниматься домашними делами» (36,4%), «можно уделять внимание семье, детям» (26,5%). В то же время отмечены основные недостатки при получении стационарозамещающей помощи:

- 21,8% опрошенных считают, что не получают полноценного лечения, так как приходится заниматься домашним хозяйством;
- получают недостаточно полное обследование (19,4%);
- не получают полноценного лечения, так как не целый день находятся под наблюдением медицинских работников (14,7%);
- много времени занимает ежедневный проезд к месту лечения и обратно (14,4%);
- в дневном стационаре имеется меньший набор медикаментов, чем в круглосуточном стационаре (12,3%);
- считают, что в дневном стационаре работают менее квалифицированные врачи, чем в круглосуточном стационаре (5,8%);
- прочие причины (11,6%).

Очень важным элементом работы КДЦ является организация работы выездных бригад специалистов центра в ЛПУ с целью максимального приближения специализированной медицинской помощи к пациентам, оказания практической и методической помощи врачам ЛПУ [4, с. 71]. Подготовка выездных консультаций – сложная и тонкая работа, которая потребует согласования отмены

приемов в базовых отделениях КДЦ в определенные дни и подбора нуждающихся в консультациях пациентов в ЛПУ. В ходе выездов, о сроках которых заранее оповещаются главные врачи ЛПУ и их заместители по медицинской части, ведущими специалистами КДЦ в присутствии врачей поликлиник производится осмотр профильных пациентов, наиболее тяжелых, сложных и неясных в клиническом и диагностическом отношении, с разбором каждого случая, совместно намечается план обследования и комплексного лечения с использованием возможностей поликлиники и КДЦ.

С целью определения приоритетных направлений дальнейшего совершенствования деятельности центра, улучшения взаимодействия с сетью ЛПУ и развития консультативно – диагностической помощи населению в ходе выполнения исследования было проведено анкетирование медицинского персонала лечебно-профилактических учреждений. По данным проведенного анкетного опроса, основными направлениями совершенствования взаимодействия врачей городских поликлиник и КДЦ (в порядке убывания приоритетов) являются следующие:

- расширение возможностей выполнения пациентам лабораторных и инструментальных методов диагностики сложных случаев заболеваний с использованием современной аппаратуры центра – 96,4 в расчете на 100 опрошенных;
- увеличение количества консультативных приемов пациентов по профилям узких специалистов, которых недостаточно (или отсутствуют вообще) в амбулаторно-поликлиническом звене округа (ангиохимиры, ревматологи, нефрологи, гастроэнтерологи, колопроктологи и т.д.) с выдачей рекомендаций по дальнейшему лечению больных в условиях территориальных поликлиник – 92,4 на 100 опрошенных.

Таблица 1

РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА ПЛАНОВОЙ МОЩНОСТИ ПОЛИКЛИНИК СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ С 2008-2011 гг. НА 10 ТЫС. НАСЕЛЕНИЯ (ПОСЕЩЕНИЙ В ГОД)

Территории	2008 г.	2009 г.	Темп роста (2009 / 2008), %	2010 г.	Темп роста (2010 / 2009), %	2011 г.	Темп роста (2011 / 2010), %
г. Ставрополь	68 617	74 959	109	64 064	85	69 918	109
г. Ессентуки	104 552	108 888	104	110 405	101	77 018	70
г. Железноводск	109 863	114 525	104	131 435	115	140 324	107
г. Кисловодск	93 061	101 679	109	90 297	89	115 392	128
г. Невинномысск	102 926	105 636	103	114 687	109	121 896	106
г. Пятигорск	84 769	85 636	101	93 332	109	104 227	112
г. Георгиевск	139 782	140 432	100	141 841	101	126 557	89
Александровский	116 476	116 747	100	116 584	100	121 571	104
Андроповский	96 639	96 801	100	105 907	109	99 891	94
Апанасенковский	159 511	160 378	101	159 619	100	163 901	103
Арзgirский	107 695	108 617	101	109 755	101	110 243	100
Благодарненский	44 281	44 498	100	44 715	100	66 395	148
Буденновский	107 316	107 533	100	89 972	84	106 449	118
Георгиевский	60 650	60 379	100	60 270	100	56 639	94
Грачевский	99 674	99 457	100	99 294	100	101 462	102
Изобильненский	113 386	100 053	88	100 107	100	99 836	100
Ипатовский	100 866	101 517	101	101 571	100	105 094	103
Кировский	50 623	50 677	100	50 731	100	50 731	100
Кочубеевский	65 419	65 474	100	65 690	100	63 360	96
Красногвардейский	92 682	92 574	100	92 574	100	90 514	98
Курский	50 460	50 189	99	50 027	100	48 130	96
Левокумский	106 232	106 774	101	107 099	100	107 208	100
Минераловодский	83 414	84 715	102	83 739	99	84 227	101
Нефтекумский	54 037	54 146	100	52 899	98	53 929	102
Новоалександровский	54 254	54 254	100	54 363	100	73 387	135
Новоселицкий	79 837	80 270	101	80 650	100	76 314	95
Петровский	134 253	135 121	101	133 278	99	136 692	103
Предгорный	41 355	41 355	100	34 146	83	37 561	110
Советский	53 658	53 766	100	58 102	108	58 644	101
Степновский	143 901	143 142	99	143 088	100	146 557	102

Территории	2008 г.	2009 г.	Темп роста (2009 / 2008), %	2010 г.	Темп роста (2010 / 2009), %	2011 г.	Темп роста (2011 / 2010), %
Труновский	102 384	78 698	77	79 024	100	78 427	99
Туркменский	86 341	86 883	101	86 883	100	91 056	105
Шпаковский	55 176	55 121	100	50 948	92	50 027	98
По краю	92 357	94 200	102	94 091	100	86 395	92

Таблица 2

**РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА ПОСЕЩЕНИЙ 2011 г. С 2010 г. СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ
НА ОДНОГО ВРАЧА (ФИЗИЧЕСКИЕ ЛИЦА)**

Наименование должностей	2010 г.			2011 г.			Темп роста (2011 / 2010), %		
	Число физических лиц-врачей	Число посещений в поликлинике и на дому	Функция врачебной должности	Число физических лиц-врачей	Число посещений в поликлинике и на дому	Функция врачебной должности	Физических лиц-врачей	Кол-во посещений в поликлинике и на дому	Функция врачебной должности
Врачи всего	4,24	17 786,56	4,2	4,17	20 024,71	4,8	98	113	114
Терапевты из них	0,6	3 289,7	5,46	0,61	3 863,5	6,34	101	117	116
Участковые терапевты	0,51	2 635,83	5,15	0,5	3 488,52	6,99	97	132	136
Ревматологи	0,01	22,81	2,07	0	25,09	6,27	36	110	302
Кардиологи	0,04	209,68	5,52	0,05	257,83	5,06	134	123	92
Гастроэнтерологи	0,01	46,44	4,22	0,01	57,29	5,21	100	123	123
Эндокринологи	0,05	348,39	7,11	0,06	391,97	7	114	113	98
Аллергологи-иммунологи	0,02	74,02	3,53	0,02	84,64	4,98	81	114	141
Инфекционисты	0,02	114,93	6,05	0,02	162,93	8,15	105	142	135
Физиотерапевты	0,04	133,4	3,61	0,04	180,41	5,16	95	135	143
Врачи по лечебной физкультуре	0,01	59,45	5,95	0,01	77,46	5,53	140	130	93
Врачи по спортивной медицине	0,01	91,68	10,19	0,01	160,74	13,4	133	175	131
Хирурги	0,09	719,03	7,99	0,09	763,42	8,21	103	106	103
Травматологи-ортопеды	0,06	513	8,02	0,06	510,81	8,37	95	100	104
Урологи	0,03	210,2	6,18	0,03	218,75	6,43	100	104	104
Онкологи	0,04	281,36	7,6	0,03	273,35	8,28	89	97	109
Стоматологи	0,62	1 535,23	2,46	0,62	1508,9	2,45	99	98	100
Акушеры-гинекологи	0,25	1 405,45	5,56	0,26	1592,42	6,25	101	113	112
Педиатры из них	0,64	3 290,96	5,18	0,63	3827,62	6,1	99	116	118
Участковые педиатры	0,47	2 563,03	5,41	0,46	3285,51	7,14	97	128	132
Детские хирурги	0,02	196,46	11,56	0,02	234,38	12,34	112	119	107
Детские эндокринологи	0,01	29,51	4,92	0,01	44,18	7,36	100	150	150
Офтальмологи	0,11	889,89	8,48	0,1	971,74	9,62	96	109	114
Отоларингологи	0,09	782,31	8,89	0,1	810,59	8,53	108	104	96
Фтизиатры	0,08	596,19	7,45	0,06	743,29	11,99	78	125	161
Неврологи	0,15	921,78	6,31	0,15	1037,31	6,78	105	113	107
Психиатры	0,05	428,32	8,24	0,05	488,65	10,62	88	114	129
Наркологи	0,05	313,46	6,97	0,04	339,18	8,27	91	108	119
Дермато-венерологи	0,09	682,46	7,34	0,1	772,34	7,72	108	113	105
Врачи общей практики	0,29	1809,31	6,28	0,28	1938,29	7,05	95	107	112

Таблица 3

РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА КОЛИЧЕСТВА ПОСЕЩЕНИЙ НА ОДНОГО ВРАЧА, ВЕДУЩИЙ АМБУЛАТОРНЫЙ ПРИЕМ С 2010-2011 гг. (ФИЗИЧЕСКИЕ ЛИЦА)

Территории	2010 г.			2011 г.			Темп роста (2011/2010), %		
	Число физических лиц врачей, ведущих амбулаторный прием	Число посещений в поликлинике и на дому	Число посещений на 1-го врача	Число физических лиц врачей, ведущих амбулаторный прием	Число посещений в поликлинике и на дому	Число посещений на 1-го врача	К-во физических лиц врачей, ведущих амбулаторный прием	Кол-во посещений в поликлинике и на дому	Кол-во посещений на 1-го врача
г. Ставрополь	0,9	3 406,22	3,81	0,91	4 511,75	4,96	102	132	130
г. Ессентуки	0,17	889,73	5,33	0,18	905,08	5,09	107	102	95
г. Железноводск	0,07	370,66	5,45	0,07	446,28	6,2	106	120	114
г. Кисловодск	0,22	1068,02	4,95	0,22	1159,99	5,18	104	109	105
г. Невинномысск	0,18	1065	6,05	0,19	1208,28	6,43	107	113	106
г. Пятигорск	0,33	1644,75	5,05	0,3	1531,39	5,05	93	93	100

Территории	2010 г.			2011 г.			Темп роста (2011/2010), %		
	Число физических лиц врачей, ведущих амбулаторный прием	Число посещений в поликлинике и на дому	Число посещений на 1-го врача	Число физических лиц врачей, ведущих амбулаторный прием	Число посещений в поликлинике и на дому	Число посещений на 1-го врача	К-во физических лиц врачей, ведущих амбулаторный прием	Кол-во посещений в поликлинике и на дому	Кол-во посещений на 1-го врача
г. Георгиевск	0,13	633,71	4,91	0,12	675,84	5,63	93	107	115
Александровский	0,07	281,56	4,02	0,07	254,79	3,75	97	90	93
Андроповский	0,04	196,03	5,45	0,04	202,45	5,33	106	103	98
Апанасенковский	0,04	263,18	6,12	0,05	280,59	5,73	114	107	94
Арзгирский	0,03	161,86	5,78	0,03	181,22	6,47	100	112	112
Благодарненский	0,06	365,89	5,72	0,06	376,55	5,98	98	103	105
Буденновский	0,13	762,8	5,78	0,13	746,28	5,83	97	98	101
Георгиевский	0,06	368,82	6,25	0,05	354,68	6,69	90	96	107
Грачевский	0,04	199,72	4,87	0,04	236,72	6,4	90	119	131
Изобильненский	0,12	517,89	4,25	0,09	715,65	7,61	77	138	179
Ипатовский	0,08	407,6	5,16	0,08	467,8	6	99	115	116
Кировский	0,06	400,25	6,25	0,07	468,57	6,69	109	117	107
Кочубеевский	0,09	500,95	5,45	0,08	478,8	5,7	91	96	105
Красногвардейский	0,05	250,98	5,34	0,04	266,87	6,35	89	106	119
Курский	0,04	253,58	7,04	0,04	322,34	9,21	97	127	131
Левокумский	0,04	228,13	6,34	0,04	244,85	7	97	107	110
Минераловодский	0,18	930,71	5,32	0,17	998,31	5,98	95	107	112
Нефтекумский	0,07	392,11	5,68	0,07	360,7	5,3	99	92	93
Новоалександровский	0,09	383,84	4,27	0,09	431,97	4,85	99	113	114
Новоселицкий	0,02	137,26	5,97	0,02	147,56	6,15	104	108	103
Петровский	0,09	498,22	5,36	0,1	534,98	5,57	103	107	104
Предгорный	0,11	600,98	5,67	0,11	645,25	6,15	99	107	108
Советский	0,08	463,4	5,87	0,08	477,37	5,97	101	103	102
Степновский	0,02	161,07	7,32	0,02	157,05	7,14	100	98	98
Труновский	0,04	222,36	5,85	0,04	212,3	5,44	103	95	93
Туркменский	0,02	149,2	6,22	0,03	176,5	6,3	117	118	101
Шпаковский	0,16	638,76	4,12	0,15	702,39	4,75	95	110	115
По краю	3,8	18 815,24	4,95	3,76	20 881,13	5,55	99	111	112

Таблица 4

**АНАЛИЗ КОЛИЧЕСТВА ПОСЕЩЕНИЙ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ
СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ С 2006-2011 гг.**

Тыс.

Наименование	2006 г.	2007 г.	Темп роста (2007/2006), %	2008 г.	Темп роста (2008/2007), %	2009 г.	Темп роста (2009/2008), %	2010 г.	Темп роста (2010/2009), %	2011 г.	Темп роста (2011/2010), %
Посещений в поликлинику всего	15 654	16 099	103	16 149	100	16 696	103	16 268	97	18 551	114
По поводу заболеваний	11 139	11 845	106	11 945	101	12 211	102	11 995	98	13 726	114
С профилактической целью	4 514,5	4 253,8	94	4 204	99	4 485	107	4 273	95	4 824,7	113
Посещений на дому, всего	1 421	1 547,2	109	1 573	102	1 553	99	1 518	98	1 473,9	97
В т.ч. к детям	610,3	634,4	104	622,5	98	651,3	105	585,9	90	604,8	103
Из них по поводу заболеваний	475,2	495,7	104	483,6	98	524,1	108	475,9	91	511,6	108
К стоматологам и зубным врачам	1 704,8	1 782,5	105	1 625	91	1 577	97	1 535	97	1 508,9	98
Платные посещения (хозрасчетные отделения)	634,5	881,3	139	948,1	108	1 044	110	820	79	890,2	109
Всего посещений, включая стоматологические и платные	19 414	20 310	105	20 295	100	20 869	103	20 142	97	22 424	111

Подобная картина в ЛПУ Ставропольского края, т.е. консультативный прием пациентов по профилям узких специалистов отсутствует. Так, по данным ГУ МЗ СК «МИАЦ», количество врачей, ведущими не только амбулаторный, но и выездной прием в Ставропольском крае уменьшилось в 2011 г. на 2% по сравнению с 2010 г. Однако в 2011 г. степень выполнения функций врачебной должности значительно увеличилась практически у врачей всех специальностей, как у участковой службы, так и у узких специалистов, кроме врачей кардиологов, эндокринологов отоларингологов, по лечебной физкультуре (табл. 2). Функция врачебной должности (ФВД) (в переводе с английского языка *sfunctions of medical posts*) – это число посещений одного врача, работающего на одну ставку, за год. Степень выполнения ФВД (в переводе с английского языка *the degree of compliance*) – это процентное отношение фактической ФВД текущего года к фактической ФВД предыдущего года.

Если проанализировать количество врачей, ведущими только амбулаторный в Ставропольском крае, по данным ГУ МЗ СК «МИАЦ», в 2011 г уменьшилось на 1% по сравнению с 2010 г. (табл. 3). Радует то, что количество посещений в поликлинике и на дому в 2011 г увеличилось на 32% по сравнению с 2010 г.

Проанализировав данные ГУ МЗ СК «МИАЦ» в Ставропольском крае было выявлено, что посещений врачами на дому уменьшилось на 44,3 тыс. (на 3%) за счет уменьшения активных вызовов, возможно низкой укомплектованности первичного звена и высокой нагрузки на приеме (табл. 4).

К амбулаторно-поликлинической службе края в 2011 г. добавилась стоматологическая поликлиника в Новоалександровском районе на 50 посещений в смену.

Число посещений амбулаторно-поликлинических учреждений Ставропольского края в 2011 г. значительно увеличилось с 20 141,8 тыс. в 2010 г. до 22 423,8 тыс. (на 11%). Среднее число посещений на одного жителя составило 8,0 посещений в год (7,4 в 2010 г.). Значительное увеличение числа посещений произошло за счет амбулаторного приема, как по поводу заболеваний на 1 730,8 тыс., так и с профилактической целью на 551,6 тыс. Наряду с ростом числа посещений возросли и общая заболеваемость и охват периодическими и целевыми осмотрами населения. Увеличилось число посещений врачей на приеме у большинства специалистов. Из числа посещений поликлиник 30,3% приходится на лиц старше трудоспособного возраста, из них 86% по поводу заболеваний. Увеличилось и число посещений в кабинетах платных услуг на 70,3 тыс., из которых 9,8% по поводу заболеваний и 90,8% с профилактической целью. Уменьшилось число посещений к стоматологам на 26,3 тысяч. В крае существенно уменьшилось и число врачей стоматологов, как на занятых должностях, так и в общем числе. Посещений врачей в системе ОМС составило 16320,7, что больше предыдущего года на 12%. С целью совершенствования организации оказания консультативно-диагностической помощи населению края и предпринимательской среды консультативно-диагностических центров анкетизируемые рекомендовали осуществление следующих мероприятий (в порядке убывания приоритетов):

- доукомплектование городских поликлиник и КДЦ персоналом до штатного расписания – 91,2 на 100 опрошенных;

- более частое проведение выездных приемов наиболее сложных и неясных в диагностическом и тактическом плане пациентов врачами центра – 89,4 на 100 опрошенных;
- проведение показательных приемов с клиническим разбором наиболее сложных случаев краевыми специалистами на базе городских и КДЦ – 83,6 на 100 опрошенных;
- регулярное проведение врачебных конференций актуальным вопросам диагностики и лечения заболеваний, льготного лекарственного обеспечения – 80,4 на 100 опрошенных;
- создание единого информационного пространства между КДЦ и лечебно-профилактическими учреждениями края с возможностью обмена информацией между специалистами и пациентами в режиме online с использованием сети Интернет – 68,7 на 100 опрошенных.

Таким образом, эффективное использование возможностей краевого консультативно-диагностического центра, расширение спектра выполняемых диагностических, консультативных и лечебных процедур, дальнейшее совершенствование взаимодействия с сетью городских поликлиник станет возможным благодаря применению научно обоснованных методов планирования и прогнозирования, с учетом различных факторов, характеризующих состояние здоровья населения, доступность медицинской помощи, в том числе специализированной, уровень ее качества и ресурсное обеспечение КДЦ [6, с. 21]. Организационная структура консультативно-диагностических центров представляет собой единую, взаимосвязанную систему диагностических и консультативных подразделений, технологическое взаимодействие которых основано на выполнении лечебно-диагностических алгоритмов.

Несмотря на проводимые в последние десятилетия существенные структурные преобразования амбулаторно-поликлинической сети, диагностические возможности большинства городских поликлиник остаются ограниченными [10, с. 3]. Исправить сложившуюся негативную ситуацию призваны краевые, окружные консультативно-диагностические центры, выполняющие в системе ОМС, платных услуг консультативные, диагностические и учебно-методические функции и являющиеся центрами лечебно-диагностической работы в краевом или административном округе, сосредоточившими в себе лучших специалистов и современное диагностическое оборудование.

Литература

1. Лопатников Л.И. Популярный экономико-математический словарь [Текст] / Л.И. Лопатников. – М. : Знание, 1990. – 256 с.
2. Магомедов Ш.Ш. Конкурентоспособность товаров [Текст] / Ш.Ш. Магомедов. – М. : Дашков и К, 2003. – 294 с.
3. Мазилкина Е.И. Управление конкурентоспособностью [Текст] / Е.И. Мазилкина, Г.Г. Паничкина. – М. : Высшая школа менеджмента, 2007. – 325 с.
4. Максимов И.В. Оценка конкурентоспособности промышленного предприятия [Текст] / И.В. Максимов // Маркетинг. – 1996. – №3. – С. 33-39.
5. Маркетинг [Текст] : словарь / Азоев Г.Л., Завьялов П.С., Лозовский Л.Ш., Поршнев А.Г., Райзберг Б.А. – М. : Экономика, 2000. – 362 с.
6. Маршалл А. Принципы экономической науки [Текст]. Т. 1 / пер. с англ. / А. Маршалл. – М. : Прогресс, 1993.
7. Минько Э.В. Качество и конкурентоспособность [Текст] / Э.В. Минько, М.Л. Кричевский. – СПб. : Питер, 2004. – 268 с.
8. Международная конкурентоспособность товара и фирмы [Электронный ресурс] // Международный маркетинг, менеджмент. Экономика. URL: <http://nozdrava.blogspot.com/2011/01/14.html>

9. Методика оценки конкурентоспособности товара и расчета цены для рынка России [Электронный ресурс]. URL: <http://www.hr-portal.ru/article/metodika-otsenki-konkurentosposobnosti-tovara-i-rascheta-tseny-dlya-rynka-rossii>
10. Методы оценки конкурентоспособности товаров [Электронный ресурс]. URL: http://www.znaytovar.ru/s/Metody_otsenki_konkurentosposob.html
11. Методические основы оценки конкурентоспособности различных объектов [Электронный ресурс]. URL: http://www.i-u.ru/biblio/archive/fathutdinov_strat/03.aspx
12. Моисеева Н.К. Международный маркетинг [Текст] : учеб. пособие / Н.К. Моисеева. – М. : Центр экономики и маркетинга, 1998. – 320 с.
13. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.Prodollar.ru/termins/189.htm>.
14. Шарапов В.Ф. Стандарты этапов диагностической службы [Текст] : метод. рекомендации / В.Ф. Шарапов, В.П. Тявкин, И.Н. Денисов. – Самара, 1996.

Ключевые слова

Эффективность; функция врачебной должности; степень выполнения ФВД.

Оганджян Марине Володяевна

РЕЦЕНЗИЯ

Деятельность лечебно-профилактических учреждений и пути совершенствования предпринимательской среды консультативно-диагностических центров по оказанию специализированной медицинской помощи населению являются в настоящее время актуальной научной задачей.

Эффективное развитие предпринимательской среды в крупной медицинской организации определяется рядом системообразующих факторов, основными из которых можно считать совершенствование организационной системы управления оказание качественной медицинской помощи населению, развитие инфраструктуры и ресурсного обеспечения лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), наличие достаточного количества подготовленных медицинских кадров – главная цель и одна из важнейших сторон организации крупных, многопрофильных консультативно-диагностических центров.

В Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации на период до 2020 г. одним из основных направлений повышения эффективности использования коечного фонда лечебно-профилактических учреждений рассматривается внедрение и дальнейшее развитие стационаро-арзамещающих форм организации и оказания медицинской помощи населению, в том числе перераспределение части ее объемов из стационарного сектора в амбулаторный. Так, программой государственных гарантий предусматривается уменьшение почти на 20% объема стационарной помощи за счет развития стационарозамещающих форм, а также планируется рост доли расходов государства на амбулаторно-поликлиническую помощь. Низкая эффективность работы первичного звена здравоохранения, отсутствие системы амбулаторного долечивания привели к тому, что стационарная помощь сегодня выступает в качестве основного уровня в системе охраны здоровья взрослого городского населения. В результате проведенного анализа плановая мощность поликлиник Ставропольского края в 2011 г. снизилась на 8% по сравнению с 2010г., согласно данным Государственного учреждения Министерства здравоохранения Ставропольского края «Медицинский информационно-аналитический центр» (ГУ МЗ СК «МИАЦ»). Основные направления совершенствований деятельности ЛПУ и системы управления предпринимательской среды консультативно – диагностических центров являются в настоящее время актуальной научной задачей представляет собой исследование, в которой достаточно полно отражены и обоснованы содержащиеся в ней соответствующие теме исследования положения, выводы и рекомендации, их новизна и значимость.

Для всех участников медицинского процесса: государству, лечебно-профилактическому учреждению, пациенту, экспертам данное исследование имеет достаточно важное теоретическое и практическое значение. В целом работа актуальна, представляет достаточный интерес и может рекомендоваться к публикации в открытой печати в журнале «Аудит и финансовый анализ».

Макеев И.П., к.э.н., доцент кафедры «Технический сервис» Ставропольского технологического института сервиса (филиала) ФГБОУ ВПО «ЮРГУЭС» (Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Южно-Российский государственный университет экономики и сервиса»)