



РЕАЛИЗАЦИЯ ИНДИКАТИВНОЙ ОЦЕНКИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Б.А. ТХОРИКОВ

*Белгородский государственный
национальный
исследовательский
университет*

*e-mail:
Tkhorikov@bsu.edu.ru*

Данная работа является продолжением цикла статей, посвященных индикативному управлению в сфере здравоохранения. В работе описываются результаты апробации методики индикативной оценки деятельности медицинских учреждений г. Белгорода: анализируются полученные результаты, выделяются основные недостатки исследуемой системы здравоохранения, устанавливаются функциональные связи между ними, обосновываются ключевые направления совершенствования работы учреждений здравоохранения.

Ключевые слова: индикативная оценка, медицинское учреждение, система здравоохранения.

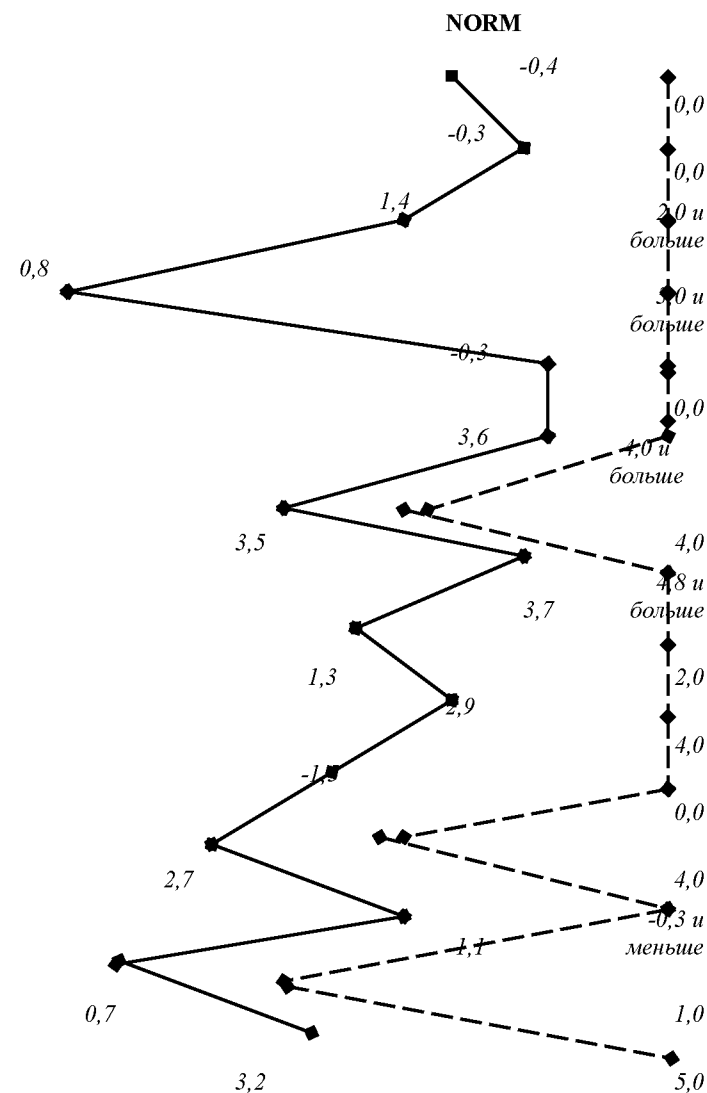
Апробация методики индикативной оценки проводилась на базе фрагмента региональной системы здравоохранения Белгородской области – на медицинских учреждениях (МУ), обслуживающих жителей Белгородской агломерации, в течение 2010-2012 гг. В качестве объектов исследования выступили 14 разнопрофильных МУ г. Белгорода, имеющих различную организационную структуру и мощность: МБУЗ «Городская клиническая больница №1» (ГБ 1); МБУЗ «Городская больница №2» (ГБ 2); МБУЗ «Детская городская больница» (ДГБ); МБУЗ «Центр общей врачебной (семейной) практики» (ВОП); МБУЗ «Городская поликлиника № 2» (ГП 2); МБУЗ «Городская поликлиника №4» (ГП 4); МБУЗ «Городская поликлиника №5» (ГП 5); МБУЗ «Городская поликлиника №6» (ГП 6); МБУЗ «Городская поликлиника №8» (ГП 8); МАУЗ «Стоматологическая поликлиника №1» (СТ 1); МБУЗ «Городская детская поликлиника №4» (ГДП 4); МАУЗ «Детская стоматологическая поликлиника» (ДСТ); МКУЗ «Станция скорой медицинской помощи» (СП); МБУЗ «Городской родильный дом» (ГРД).

Основными источниками информации для расчета оценочных интегральных показателей [1, 2, 3, 4] были выбраны стандартизированные отчетные формы, заполняемые всеми названными учреждениями здравоохранения, и специальные аналитические формы, в том числе форма № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения»; форма № 14-ДС «Сведения о деятельности дневных стационаров лечебно-профилактических учреждений»; форма № 17 «Сведения о медицинских и фармацевтических кадрах»; Форма № 19 «Сведения о детях инвалидах»; форма № 30 «Сведения об учреждении здравоохранения»; форма № 31 «Сведения о медицинской помощи детям и подросткам-школьникам»; форма № 62 «Сведения об оказании и финансировании медицинской помощи населению», сведения о выполнении муниципального заказа и структуре расходов на оказание медицинской помощи и прочее.

Нами не использовались первичные медицинские и бухгалтерские документы, так как данный способ получения информации требует предварительной экспертной оценки наличия документации в полном объеме, правильности заполнения и полноты записей в документе, что в значительной мере затрудняет проведение исследования и может привести к несопоставимости значений некоторых интегральных показателей из-за организационной специфики формирования статистической отчетности в медицинском учреждении. Таким образом, мы приняли допущение о том, что декларируемая достоверность регистрационных данных в отчетных формах, сформированных учреждениями здравоохранения самостоятельно, является таковой априори.

Произведя расчет значений всех интегральных показателей составлена общая оценочная карта деятельности системы охраны здоровья в Белгородской агломерации (рис. 1).

№ п/п	Параметры деятельности МУ
1	Выполнение функции врачебной должности
2	Техническая оснащенность
3	Выполнение стандартов медицинской помощи
4	Субъективная удовлетворенность пациентов
5	Доступность медицинской помощи
6	Выполнение доходной части МУ
7	Выполнение расходной части МУ
8	Оплата труда персонала и нормирование труда
9	Квалификация медицинского персонала
10	Обеспеченность физическими лицами
11	Нарушения профессиональной деятельности и трудовой дисциплины
12	Обеспеченность медикаментами и расходными материалами
13	Структуры прикрепленного населения и заболеваемости
14	Выполнение нормативов затрат лечения
15	Имидж МУ



◆ —◆ — система здравоохранения Белгородской агломерации

◆ - - -◆ - нормативные значения параметров, оценки социально-экономической деятельности системы здравоохранения

Рис. 1. Оценочная карта системы здравоохранения Белгородской агломерации в 2010-2012 гг.



Общая средняя интегральная оценка системы здравоохранения Белгородской агломерации составляет 19,9 единиц (Коэффициент вариации (K_v) – 22,9 %) из 33,5 возможных, что в качественном выражении свидетельствует об удовлетворительном функционировании системы.

На рисунке 2 представлено распределение медицинских учреждений города Белгорода по величине оценок эффективности деятельности за 2010-2012 гг.

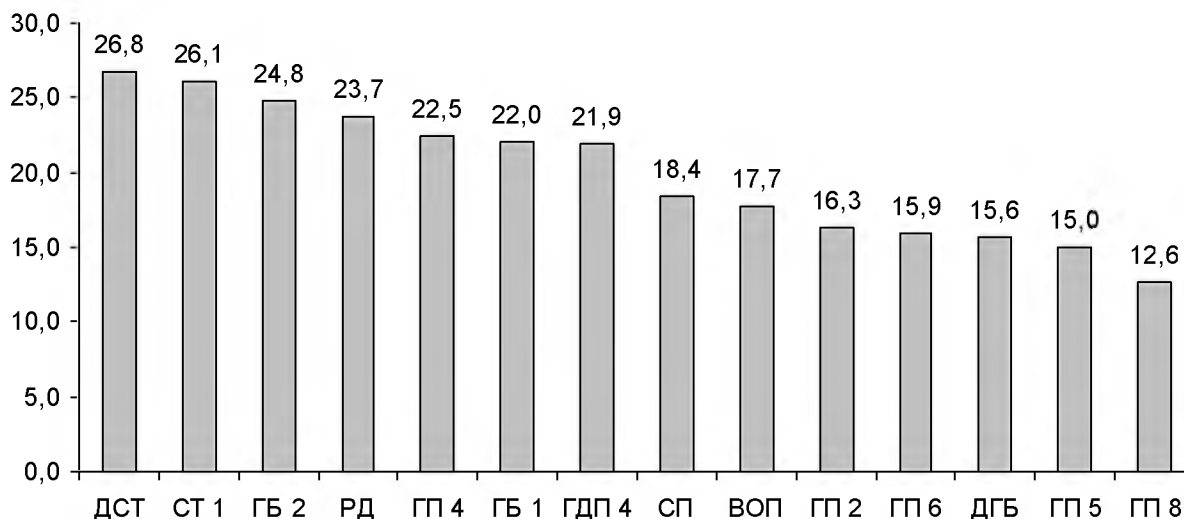


Рис. 2. Распределение оценок эффективности деятельности МУ города Белгорода в 2010-2012 гг.

Наиболее эффективным медицинским учреждением можно назвать МАУЗ «Детская стоматологическая поликлиника», интегральная оценка – 26,8 ед.; наименее эффективным – МБУЗ «Городская поликлиника № 8», интегральная оценка – 12,6 ед.

Наименьшую оценку получил параметр «Субъективная удовлетворенность пациентов медицинской помощью» – 0,80 ед. (K_v – 124,0 %) при рекомендуемой величине 3,00 ед. Однако фактическое значение параметра для корректного отражения состояния системы здравоохранения Белгородской агломерации в целом нуждается в уточнении. Так, в частности, лечебные учреждения МАУЗ «Стоматологическая поликлиника №1», МАУЗ «Детская стоматологическая поликлиника», МКУЗ «Станция скорой медицинской помощи», МБУЗ «Городской родильный дом» не включены в настоящее время в системы межбольничных расчетов и подушевого финансирования в рамках обязательного медицинского страхования, поэтому их индивидуальные оценки по данному параметру равняются 0 и, следовательно, снижают среднюю интегральную оценку эффективности функционирования системы здравоохранения. При этом следует отметить, что названная несопоставимость оценок по некоторым МУ города не является критической, так как основная причина крайне низкой оценки параметра связана с пробелами в работе следующих медицинских учреждений в части конкурентной борьбы за пациентов: ДГБ (0,7 ед.), ВОП (0,2 ед.), ГП 5 (0,5 ед.), ГП 6 (0,6 ед.), ГП 8 (0,3 ед.). Анализ динамики движения денежных средств названных учреждений здравоохранения, направляемых на оплату медицинской помощи, оказанной прикрепленным к ним пациентам в других МУ города, свидетельствует о том, что пациенты из года в год не стремятся обращаться за медицинскими услугами в МУ по территориальному принципу и пользуются услугами иных медицинских учреждений, например ГБ 1 и ГБ 2 – значения показателя по данным учреждениям составили 2,00 и 3,40 единицы соответственно. Таким образом, системе здравоохранения Белгородской агломерации требуется упорядочивание движения потока пациентов между лечебными учреждениями для упреждения диспропорций финансовой стабильности МУ. Для этого необходимо провести повторный детальный анализ по «отстающим» медицинским учреждениям и определить причины нежелания пациентов обращаться в них за медицинской помощью.

Следующим параметром работы системы здравоохранения Белгородской агломерации, несоответствующим нормативному значению (4,0 ед.), является «Обеспеченность медикаментами и расходными материалами» – 2,7 ед. (K_v – 23,8 %). Все медицинские учреждения города, за исключением ДСТ (4,0 ед.), не придерживаются нормативов по обеспечению пациентов лекарственными средствами, в том числе по льготному лекарственному обеспечению, и не выполняют в рекомендуемом объеме диагностические исследования и реабилитационные мероприятия из-за недостатка расходных материалов. Главной причиной является хронический дефицит финансиру-



ния территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи в Белгородской области (ТППГ). Так, по данным Минздравсоцразвития РФ, в период 2009-2012 гг. дефицит Программы в Белгородской области превышал 35%. Следовательно, названный недостаток в работе системы лежит вне самой системы и может быть отнесен к числу объективных. При этом необходимо отметить, что в условиях общего недофинансирования регионального здравоохранения МУ Белгородской агломерации, кроме ДГБ и ГП 8, выдерживают уровень потребления медикаментов и расходных материалов, то есть в рамках поступающего финансирования на данные цели происходит полное освоение выделенных средств. Так, в частности, в стационарных учреждениях фактический уровень потребления медикаментов и расходных материалов в 2012 г. составил 100,42% от среднего значения, сложившегося в Белгородской области (2011 г. – 85,27%), в амбулаторно-поликлинических учреждениях – 106,5% (2011 г. – 83,50%), в дневных стационарах всех типов – 117,97% (2011 г. – 86,74%), по скорой медицинской помощи – 89,54% (2011 г. – 70,08%). Улучшение динамики степени соответствия потребления медикаментов и расходных материалов МУ Белгородской агломерации региональным значениям связано с тем, что МУ города начали направлять на покрытие дефицита по ТППГ внебюджетные средства, полученные от оказания платных медицинских услуг. Таким образом, для совершенствования общего функционирования системы здравоохранения Белгородской агломерации необходимо обратить внимание на МБУЗ «Детская городская больница» и МБУЗ «Городская поликлиника №8» и установить причины неполного использования ассигнований на медикаменты и расходные материалы по всем источникам финансирования.

Параметр «Выполнение норматива затрат лечения» в здравоохранении Белгородской агломерации имеет среднее значение 0,7 ед. (Kv – 22,4%). В действующей системе на территории Белгородской области возмещение затрат на лечение пациента производится из двух источников, образующих консолидированный бюджет: средства ОМС и средства муниципального образования (городского бюджета). В 2012 г. консолидированный бюджет системы муниципального здравоохранения г. Белгорода составил 2,1 млрд. рублей (2009 г. – 1,5 млрд. рублей, 2010 г. – 1,5 млрд. рублей, 2011 г. – 1,8 млрд. рублей).

Из средств ОМС финансируются расходы на оплату труда медицинского и вспомогательного персонала, питание пациентов, приобретение материальных запасов (медикаментов, расходных материалов) и увеличение стоимости основных средств (медицинское оборудование). Средства городского бюджета направляются на поддержание функционирования и хозяйственно-бытового обслуживания медицинских учреждений (капитальный ремонт, оплата коммунальных услуг, приобретение основных средств, оплата налогов, приобретение горюче-смазочных материалов и прочее). В структуре фактической стоимости ТППГ соотношение средств ОМС к консолидированному бюджету составляет 55/45. В связи с включением в тариф на оплату медицинской помощи за счет средств ОМС расходов на содержание учреждений здравоохранения, в 2012 году соотношение средств ОМС и бюджета было доведено до 60/40. Как отмечено ранее, дефицит ТППГ в Белгородской области превышает 35%, по этой причине параметр «Выполнение норматива затрат лечения» в среднем ниже нормативного значения на 0,3 ед. и финансовые затраты на единицу объема медицинской помощи утверждены ниже федеральных нормативов.

Компенсация дефицита происходит, главным образом, за счет экономии на приобретении медикаментов (расходных материалов) и медицинского оборудования. Однако в МУ Белгородской агломерации выявлен ряд медицинских учреждений, в том числе ДГБ (0,6 ед.), ВОП (0,5 ед.), ГП 2 (0,5 ед.), ГП 5 (0,5 ед.), ГП 6 (0,5 ед.), ГП 8 (0,4 ед.), в которых невыполнение норматива затрат связано с нерациональным механизмом хозяйствования, в основном, из-за неправильного социально-экономического планирования неверно прогнозируются доходы учреждения, составляются некорректные планы расходов, и, в результате, неосвоение бюджетных ассигнований, средств ОМС, возникновение кредиторской задолженности и прочее приводят к тому, что при экономической возможности реальные расходы на одного пациента становятся на 40–60% ниже запланированных.

Средняя интегральная оценка параметра «Техническая оснащенность» в 0,3 ед. свидетельствует о том, что в каждом исследуемом медицинском учреждении в среднем 30% лечебных отделений (врачебных кабинетов) не соответствуют законодательно установленным табелям оснащенности.

Одна из причин данного пробела в работе была установлена ранее – компенсация дефицита по ТППГ за счет экономии на медицинском оборудовании. Кроме того, для поддержания на должном уровне лечебного процесса происходит отказ от медицинского оборудования, непосредственно не влияющего на терапевтический процесс и необходимого для повышения комфорта пациентов при получении медицинских услуг, или выбор более дешевых морально устаревших при-



боров вместо современной дорогостоящей медицинской техники, что, помимо прочего, не способствует повышению удовлетворенности пациентов.

Наиболее напряженная ситуация складывается в ДГБ (0,6 ед.), где 60% лечебных отделений (врачебных кабинетов) недоукомплектованы медицинским оборудованием, медицинской мебелью, изделиями медицинского назначения и прочее. Единственным учреждением здравоохранения исследуемого фрагмента системы здравоохранения региона, лечебные отделения (врачебные кабинеты) которого полностью отвечают установленным требованиям является СТ 1 (0,00 ед.).

В работе системы здравоохранения Белгородской агломерации оценка параметра «Оплата труда персонала и нормирование труда» составляет 3,7 ед. ($K_v - 11,6\%$) при рекомендуемом значении 4,8 ед.

Невысокая оценка параметра, характерная для большинства учреждений здравоохранения, связана, главным образом, с уровнем оплаты труда младшего медицинского персонала. Необходимо отметить, что средний уровень оплаты труда по отдельным врачебным специальностям может значительно варьироваться относительно средней заработной платы по отрасли здравоохранения. Это связано с тем, что существует целый пласт врачебных профилей незадействованных в национальных проектах, целевых программах и прочее, например врач-эпидемиолог, врач-нефролог, врач-пульмонолог и т.п.

Кроме того, в рамках ТПГГ структура тарифов на медицинские услуги не отражает реальной стоимости затрат труда работников здравоохранения и, следовательно, предопределяет невысокий уровень заработной платы относительно средней сложившейся в целом по субъекту РФ (муниципальном образовании), что в конечном итоге требует от МУ оптимизации фонда оплаты труда и поиска дополнительных источников его наполнения. Так, в частности, в СТ 1 и ДСТ данный параметр составляет 4,5 ед., так как 60% в фонде оплаты труда составляют доходы от оказания платных медицинских услуг, напротив, в ГП 2 и ГП 8 ПМУ не развиты, спектр оказываемых услуг по ТПГГ сильно ограничен и оценки параметра «Оплата труда персонала и нормирование труда» являются самыми низкими по медицинским учреждениям Белгородской агломерации – 1,8 и 2,2 ед. соответственно.

Сбор информации и расчет данного параметра позволили установить, что государственные задания четырех медицинских учреждений составлены неэффективно, показатель «Уровень планирования ФВД» в ГБ 1 (1,3 ед.), ГП 2 (1,4 ед.), ГП 5 (1,2 ед.), ГП 8 (1,3 ед.) имеет значение больше единицы, что свидетельствует о заниженной врачебной нагрузке и, как следствие, экономически неадекватной фактической деятельности при подушевом финансировании и нерациональном использовании фонда оплаты труда.

Средняя интегральная оценка параметра «Выполнение функции врачебной должности» составляет -0,4 ед. ($K_v - 46,2\%$). Если учесть минимальное значение данного параметра (0,0 ед.), то можно сделать вывод о том, что во многих медицинских учреждениях Белгородской агломерации существуют пробелы в организации оказания и обеспечении доступности медицинской помощи. Однако данный факт не является следствием некорректного планирования на системном уровне, так как в среднем исследуемая система здравоохранения имеет сбалансированную врачебную нагрузку (за исключением отмеченных выше МУ), соответствующую рекомендуемым нормативам и отвечающую востребованности со стороны пациентов. Подтверждением этого является оценка показателя «Уровень планирования ФВД» – 0,9 ед. (нормативное значение – 1,0 ед.).

Состояние параметра «Техническая оснащенность» (фактическая оценка 0,3 ед. ($K_v - 50,9\%$)) системы здравоохранения Белгородской агломерации также не может оказывать существенного влияния на выполнение врачебным персоналом своих функций, так как оно отражает, в первую очередь, качество лечебного, диагностического, реабилитационного и профилактического процессов. Исследование данного параметра не выявило критической нехватки медицинского оборудования, изделий медицинского назначения и прочее, способной парализовать лечебный процесс.

Таким образом, мы делаем вывод о том, что неполное выполнение планового задания по оказанию медицинской помощи в МУ Белгородской агломерации, в том числе в ВОП (-0,7 ед.), ДГБ (-0,6 ед.), ГП 2 (-0,6 ед.), ГП 5 (-0,6 ед.), ГП 8 (-0,6 ед.), является прямым следствием внутренних деструктивных процессов предоставления медицинских услуг гражданам, которое негативно отражается на общей доступности медицинской помощи в Белгородской агломерации.

Средняя интегральная оценка параметра «Доступность медицинской помощи», анализируемой системы, равная -0,3 ед. ($K_v - 93,3\%$), в соответствии с закладываемой нами в данный параметр смысловой нагрузкой, умеренно отклоняется от рекомендуемого значения (0,0 ед.) и за счет косвенной корреляции с параметром «Выполнение функции врачебной должности» (-0,4 ед.) подтверждает существование проблем в предоставлении пациентам медицинской помощи.



Проблемы в доступности медицинской помощи усугубляются также медико-демографическими особенностями обслуживаемого населения. Среднее значение показателя «Структуры прикрепленного населения и заболеваемости» составляет -1,1 ед. ($K_v - 35,6\%$) (норматив -0,3 и меньше). Так, в частности, несмотря на то, что с 2000 по 2010 годы рождаемость в области увеличилась на 8,5% (с 8,2 до 8,9 на 1000 населения) и доля детей в возрастной структуре населения достигает 14,8% (при средней для регионов Центрального федерального округа доле в 13,6%), начиная с 2008 года активное старение привело к формированию структуры населения Белгородской области по типу демографической старости. Кроме того, ежегодно впервые признаются инвалидами более 8 500 человек взрослого населения, число детей инвалидов в среднем по области превышает 5 000 человек.

Обобщив результаты региональных авторских исследований, данные органов государственной статистики и Департамента здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области за 2000-2010 годы мы определили интересующие нас общие тенденции развития состояния здоровья жителей области в рамках параметра деятельности МУ «Структуры прикрепленного населения и заболеваемости» и получили следующие результаты. За прошедший десятилетний период показатель общей заболеваемости взрослых вырос на 15,2% – с 137666,5 (2000 г.) до 158632,3 (2010 г.) на 100000 взрослого населения. Показатель общей заболеваемости у детей подросткового возраста (15-17 лет) увеличился на 18,6% (с 163041,4 (2000 г.) до 193394,6 (2010 г.) на 100000 населения), показатель общей заболеваемости детей в возрасте 0-14 лет также увеличился, темп прироста составил 7,8% (с 196854,1 (2000 г.) до 212314,4 (2010 г.) на 100000 детского населения). Структура общей заболеваемости населения области представлена следующим образом: 1. Среди взрослого населения: 1 место – болезни системы кровообращения (22,7 %); 2 место – болезни органов дыхания (12,9 %); 3 место – болезни костно-мышечной системы (11,9 %). 2. Среди детей подросткового возраста (15-17 лет): 1 место – болезни органов дыхания (33,4 %); 2 место – болезни костно-мышечной системы (8,1 %); 3 место – болезни глаза и его придаточного аппарата (7,1 %). 3. Среди детей (0-14 лет): 1 место – болезни органов дыхания (44,8 %); 2 место – болезни органов пищеварения (6,0 %); 3 место – инфекционные и паразитарные болезни (5,7 %).

Таким образом, контингенты лиц (дети, пенсионеры, инвалиды), потребляющие наибольшее количество медицинских услуг, широко представленные в городе Белгороде и Белгородской области, высокий уровень заболеваемости и, как следствие, увеличивающиеся объемы потребления медицинской помощи, отрицательно отражаются на расходах большинства учреждений здравоохранения.

Параметр «Выполнение стандартов медицинской помощи» в среднем по Белгородской агломерации имеет значение 1,4 ед. ($K_v - 33,4\%$). При расчете данного параметра мы использовали не только финансирование за счет выполнения федеральных стандартов высокотехнологичной медицинской помощи, но и иные виды выплат, предусматривающие оказание определенного набора медицинских услуг и проводимых за пределами обязательного медицинского страхования, в том числе диспансеризация 14-летних детей-подростков, диспансеризация детей сирот прибывающих в стационарных учреждениях и детей находящихся в трудной жизненной ситуации, медицинские осмотры по родовым сертификатам и прочее. Наименьшее значение данного показателя было зафиксировано в ГП 8 (0,5 ед.), ГП 5 (0,7 ед.), ГП 6 (0,7 ед.), наибольшее – СТ 1 (1,6 ед.), ДСТ (1,7 ед.), ГРД (1,7 ед.).

По моему мнению, основные причины неполного выполнения стандартов связаны с внутриорганизационными процессами: 1) несвоевременное и неполное заполнение первичной медицинской документации; 2) технические ошибки в медицинских документах, поданных на оплату; 3) недостаточный организационный контроль за движением целевых групп пациентов; 4) сложность в применении компьютерных программ по учету выполнения всех видов стандартов; 5) низкая заинтересованность учреждений здравоохранения во внедрении и использовании в терапевтическом процессе федеральных стандартов оказания медицинской помощи, так в частности в Белгородской области средний уровень выполнения данных стандартов представленных к оплате составляет 50,0 % планового значения.

Средняя оценка параметра «Обеспеченность физическими лицами» – 2,9 ед. ($K_v - 14,6\%$) иллюстрирует острую кадровую проблему в исследуемом фрагменте системы. Число врачей в МУ г. Белгорода в расчете на 10 000 человек населения (на конец года) в 2010г. составило 33,5 ед. (2009г. – 32,0 ед.), при этом в среднем по Белгородской области обеспеченность врачебным персоналом на 10 000 человек составляла 35,0 ед., по Российской Федерации – 50,1 ед. Число среднего медицинского персонала в расчете на 10 000 человек населения (на конец года) в 2010г. – 71,7 ед. (2009г. – 65,7 ед.), по Белгородской области – 106,8 ед., по Российской Федерации – 106,9 ед.

Основываясь на статистических данных и единстве в применении для всех Субъектов РФ штатных нормативах медицинского персонала, мы можем сделать вывод о том, что средний дефи-



цит ВМП в системе здравоохранения Белгородской агломерации составляет 33,1 %, СМП – 32,9 %. Самыми неуккомплектованными являются ГП 5, ГП 6, ГП 8 и ДГБ – оценка параметра 2,4 ед., к числу лучших в МСЗ по данному параметру можно отнести СТ 1 и ДСТ – 3,6 ед., ГБ 2 – 3,2 ед.

Усугубляет проблемы с персоналом и тот факт, что медицинские работники не стремятся повышать уровень своей профессиональной компетенции. Средняя оценка параметра «Квалификация медицинского персонала» – 1,3 ед. (K_v – 16,3 %). Так, в частности, более 50,0 % ВМП и СМП в ГП 6 и СП не имеют квалификационных категорий, соответствующих их стажу профессиональной работы. Причины отсутствия квалификационных категорий нами не рассматривались, так как они лежат вне области нашего исследования.

Кроме того, определив укомплектованность медицинскими работниками МУ г. Белгорода, обозначив номинальный квалификационный уровень ВМП и СМП, можно выдвинуть гипотезу о том, что пробелы в данных параметрах функционирования изучаемой системы, помимо прочих факторов, отрицательно влияют на уровень профессиональной деятельности врачей-специалистов и медицинских сестер – средняя оценка параметра «Нарушения профессиональной деятельности и трудовой дисциплины» – 1,5 ед. (K_v – 43,2 %). Отклонения данного параметра от нормативного значения (0,0 ед.), главным образом, связаны с регулярно обнаруживаемыми в ходе проведения внутриучрежденческого и внутриведомственного контроля качества работы дефектами, преимущественно, в оформлении медицинской документации, ошибками при постановки диагнозов и назначении терапии пациентам, отражаемыми в протоколах заседаний экспертных советов МУ или актах проверок соответственно. Как было отмечено ранее, оценка степени достоверности заключений экспертных советов учреждений здравоохранения не проводилась. Кроме того, необходимо отметить, что за анализируемый период в учреждениях здравоохранения Белгородской агломерации были зафиксированы единичные случаи нарушения трудовой дисциплины и правил внутреннего распорядка – объективность данной информации также не оценивалась. Наибольшее число нарушений зафиксировано в ГП 8 (-2,2 ед.), ДГБ (-2,2 ед.) и ГП 6 (-2,0), наименьшее – РД (-0,2 ед.), СТ 1 (-0,7 ед.), ДСТ (-1,0 ед.).

Помимо снижения общей эффективности лечебного процесса в результате того, что каждый медицинский работник исследуемых МУ ежемесячно допускает в среднем 15 ошибок в работе, некачественное выполнение функциональных обязанностей приводит к наложению на учреждения здравоохранения штрафных санкций со стороны страховой медицинской организации. Проанализировав сводные справки о плановых объемах финансирования и фактических объемах счетов-фактур медицинских организаций г. Белгорода за 2006-2012 гг. мы установили, что ежегодно МУ г. Белгорода выплачивают страховой медицинской организации более 4 000,0 тыс. рублей (в ценах 2012 года) по штрафным санкциям (исключениям из реестров медицинских услуг, поданных в СМО на оплату).

Параметры «Выполнение расходной части МУ» и «Выполнение доходной части МУ» имеют среднее значение 3,5 (K_v – 13,4 %) и 3,6 (K_v – 17,9 %) ед. соответственно.

В оценке данных параметров мы видим следствие результатов работы исследуемых МУ по всем направлениям. ДГБ и ГП 8, имеющие наибольшее число нерешенных проблем в организации и соблюдение лечебного процесса получили оценки в части выполнения доходных поступлений 2,8 и 2,6 ед. соответственно. Аналогично ситуация складывается и в расходной части: ДГБ – 2,8 ед., ГП 8 – 2,7 ед. (образование кредиторской задолженности).

Лучшие экономические результаты, констатирующие эффективный менеджмент по доходной деятельности, за 2010-2012гг. показали ДСТ – 4,5 ед. и ГДП 4 – 4,4 ед. В части сбалансированности расходов лучшим МУ г. Белгорода является ДСТ – 4,1 ед.

Параметр «Имидж МУ» также относится к числу значительно несоответствующих нормативному значению (5,0 ед.) – 3,1 ед. (K_v – 19,0 %). Подробный анализ значения данного параметра будет подробно описан в следующей статье цикла.

Результаты проведенной оценки деятельности медицинских учреждений г. Белгорода с использованием индикативного подхода позволили определить основные проблемные зоны и факторы, препятствующие эффективной работе МУ, учреждения здравоохранения сдерживающие общее развития исследуемой системы и обозначить ключевые направления дальнейшего совершенствования системы здравоохранения Белгородской агломерации.

Литература

1. Тхоригов Б.А. Социально-индикативное управление медицинским учреждением // Современные исследования социальных проблем. Красноярск. – 2012. – с. 97-101.
2. Тхоригов Б.А. Отраслевые предпосылки применения индикативного управления в сфере здравоохранения // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 6 (часть 1). – с. 263-267.
3. Tkhorikov B. Technology assessment of the municipal system of public health service // European researcher. – 2011. – № 11. p. 1554-1556.



4. Tkhorikov B. The dynamics of development the market of paid medical services Belgorod agglomeration // Actual problems of economics. – 2012. – № 4. p.449-456.

IMPLEMENTATION OF THE INDICATIVE EVALUATION OF MEDICAL INSTITUTIONS

B.A. TKHORIKOV

*Belgorod National Research
University*

*e-mail:
Tkhorikov@bsu.edu.ru*

This article continues a number of articles about indicative management for the health service. In this paper, testing effects of indicative management method for Belgorod's medical facilities are described. Received results are analyzed, the main weaknesses of the analyzed health service system are specified, functional connections between weaknesses detected, main development directions for the medical facilities are substantiated.

Keywords: indicative evaluation, medical facility, health service.