

Сравнительная количественная оценка эффективности деятельности поликлиник Управления делами Президента Российской Федерации

С.П. Миронов, А.Т. Арутюнов, И.А. Егорова, В.П. Коровкин
Главное медицинское управление УД Президента РФ

1. Суть проблемы

Под эффективностью, в широком смысле, понимают комплексную характеристику потенциальных и реальных результатов функционирования системы, учитывающую степень соответствия этих результатов главным целям системы.

Поликлиническая система УД Президента РФ представляет собой комплекс лечебно-профилактических учреждений (далее ЛПУ) специализированного государственного здравоохранения, которая оказывает все виды амбулаторной и поликлинической помощи прикрепленному контингенту.

В современных экономических условиях ЛПУ, входящие в сеть, еще и представляют платные медицинские услуги населению.

Таким образом, сеть ЛПУ УД Президента РФ является открытой иерархической системой, об эффективности которой в целом и отдельных учреждений в частности следует судить по степени соответствия результатов функционирования целям системы.

С учетом современных социально-экономических условий цель деятельности сети кремлевских ЛПУ может быть сформулирована как обеспечение прикрепленного контингента качественной медицинской помощью в условиях ограниченного бюджетного финансирования и необходимости нахождения внебюджетных источников денежных средств на рынке платных медицинских услуг.

С учетом сформулированной цели и сложившихся в теории и практике медицины представлений специфика оценки эффективности деятельности проявляется в ее направленности на достижение медицинской и экономической эффективности [1]. При этом медицинская эффективность (МЭ) определяет достижение желаемого эффекта для пациента в процессе лечения (получения медицинских услуг). Экономическая эффективность определяется, как известно, соотношением затрат и полученного результата. Представляется целесообразным дифференцировать последний показатель на медико-экономическую эффективность (МЭЭ), определяющую затраты на получение конкретного лечебного результата и собственно экономическую эффективность (ЭЭ) как результат деловой активности, выражаемой в величине полученной прибыли в коммерческом секторе.

Для чего нужна оценка эффективности деятельности отдельных ЛПУ и системы в целом. Прежде всего, она должна осуществляться в интересах долгосрочного планирования развития сети ЛПУ кремлевской медицины и выработки управляющих воздействий, направленных на повышение качества медицинской помощи прикрепленному контингенту за счет более рационального распределения имеющихся ресурсов. Оценки различных аспектов эффективности должны

быть положены в основу решений, реализующихся в следующих ключевых направлениях управленческой деятельности:

- формирование ведомственных нормативов оказания медицинской помощи прикрепленному контингенту;
- определение стратегии распределения материальных и финансовых ресурсов;
- планирование потоков пациентов в сети ЛПУ;
- укрепление высшего менеджерского звена.

К сожалению, следует признать, что сегодня, в отсутствие единого подхода в оценке медицинской и экономической эффективности, большинство руководителей сети и отдельных учреждений, планируя стратегические мероприятия, не имеют достаточного информационного обеспечения, не всегда могут прогнозировать эффективность принимаемых управленческих решений, и вынуждены, в конечном итоге, опираться на субъективное мнение или интуицию. Неизбежным следствием являются необоснованные затраты, простой техники, снижение качества обслуживания и, в целом, снижение конкурентоспособности учреждений.

Таким образом, развитие методологии и отдельных методик определения медико-экономической эффективности ЛПУ и сети ЛПУ является важной и актуальной задачей, решение которой позволит создать систему планирования и мониторинга результативности бюджетных расходов на основе количественных и качественных индикаторов. Развитие данного подхода позволит сориентировать бюджетные расходы на достижение конечных социально-экономических результатов, создаст методологическую базу для перехода от содержания лечебных учреждений кремлевской медицины на основе сметного финансирования к оплате конечных результатов деятельности, отвечающих установленным стандартам качества.

2. Основные принципы предлагаемой методологии оценки эффективности деятельности ЛПУ

Как отмечалось выше, оценка эффективности деятельности ЛПУ сводится к оценке трех ее составляющих: медицинской эффективности, медико-экономической эффективности (стоимость достижения медицинского результата) и собственно экономической эффективности (результат коммерческой деятельности).

Медицинская эффективность

Не вдаваясь глубоко в теорию, определим синонимом медицинской эффективности понятие качество медицинской помощи (КМП). В международной практике под качеством медицинской помощи понимают совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской

помощи имеющимся потребностям пациента, его ожиданиям, современному уровню медицинской науки и технологии.

Содержательная основа КМП включает три составляющих: структуру, процесс, исход [2].

Структура — включает характеристики средств оказания помощи, в том числе: материальных ресурсов (например, оборудования и приспособлений), персонала (например, его численность, профессиональное соответствие должности, квалификация), организационные характеристики (например, применение информационных технологий в управлении, методы возмещения расходов, система экспертных врачей).

Процесс — подразумеваются характеристики предоставляемой помощи, в том числе ее обоснованность, адекватность объема, проявление компетенции в методиках лечения, согласованность действий и преемственность.

Исход — описывает результат оказанной помощи в отношении состояния здоровья пациента, включая его изменения в сознании и поведении, удовлетворенность больного врачом и медсестринским обслуживанием, особенности и осложнения заболевания, заболеваемость и смертность.

Строго говоря, для оценки КМП лечебного учреждения достаточно было бы одного последнего показателя, отражающего конечный результат медицинского воздействия на пациента, т.е. результативность лечения. Фактически, исходы включают в себя влияние структуры и процесса на КМП, даже если ключевые аспекты этих двух последних областей еще не уточнены и не оценены. Однако спецификой медицины является именно то, что сравнение исходов может не отражать в точности вариаций КМП в силу определяющего действия на исход многочисленных внешних факторов (тяжесть патологии, сопутствующие заболевания, возраст, социально-экономический статус и т.п.).

Можно показать, что смертность и многие виды исходов слабо отражают КМП. Именно этим обусловлена необходимость оценки *структурных и процессуальных* (промежуточных) составляющих процесса оказания медицинской помощи. Вместе с тем результативность лечения остается важнейшим параметром медицинской эффективности при условии квалифицированного определения показателей исхода.

При проведении оценки качества помощи необходимо использовать индикаторы качества, ориентированные на достижение лучших исходов и относящиеся только к тем факторам, которые находятся в ведении медицинских работников.

Фактически определение индикаторов качества сводится к разработке ведомственных стандартов качества, включающие в себя требования к:

- материально-технической базе;
- медицинскому оснащению;
- технологии лечения;
- организации и управлению;
- результатам деятельности.

Медико-экономическая эффективность

В современных социально-экономических условиях рационализация затрат является необходимым требованием к медицинскому менеджменту, в том числе для учреждений кремлевской медицины.

Каким объемом финансовых и людских средств достигаются качественные медицинские показатели, становится фактором при составлении и реализации текущих и перспективных планов.

При этом, если для руководства УД Президента РФ в большей степени важна интегральная характеристика, отражающая соотношение медицинского результата и суммарных затрат конкретного ЛПУ и системы в целом, то для менеджмента ЛПУ важна и детализация затрат, в первую очередь, текущих, а именно: оплата труда служащих, расходы на медикаменты, перевязочные средства и прочие текущие расходы. К этому перечню следует добавить амортизационные начисления, отражающие использование основных средств.

Экономическая эффективность (деловая активность)

Коммерческая деятельность государственного учреждения не является самоцелью и, как известно, была разрешена в качестве временной меры для пополнения недостающего бюджета. Однако сейчас уже можно с уверенностью констатировать, что вектор коммерциализации сохранит свою направленность, по крайней мере, в ближайшие годы. Как следует из анализа источников доходов ЛПУ кремлевской медицины (бюджет, целевое финансирование, ОМС, аренда, предпринимательская деятельность), для большинства из них доходы от оказания платных услуг приближаются к 50 % от общих доходов, а для некоторых и превышают данную величину.

Вместе с тем, рассматривать деятельность кремлевских ЛПУ с чисто коммерческих позиций было бы некорректно с учетом их юридического статуса и сформулированной основной цели функционирования данного ведомственного сектора медицины.

Представляется целесообразным при анализе деловой активности учреждения акцентировать внимание на эффективности использования в целях получения коммерческих доходов тех ресурсов, возникновение и финансирование которых (хотя и не в полной мере) осуществляется за счет бюджетных средств. К ним относятся основные фонды и людские ресурсы.

Кроме того, важным показателем, определяющим позиционирование ЛПУ на рынке платных услуг, является себестоимость оказываемой услуги и цена ее реализации.

С учетом этого экономическую эффективность можно характеризовать тремя показателями: фондоотдачей (ФО), эффективностью использования людских ресурсов (ЭЛР), средней себестоимостью одного посещения врача (СП), средней ценой (Ц) продажи медицинской услуги (посещения) [3].

Для внутреннего управленческого учета первые два параметра целесообразно дифференцировать по *пассивной и активной* части основных фондов, первая из которых представляет собой здания и сооружения, вторая — оборудование и приборы, а также отдельно по медицинскому персоналу (врачи и сестры).

Термин «пассивная» подразумевает ее первоначальную заданность, длительный срок эксплуатации и малую вариативность в использовании, тогда как эффективность использования оборудования, сроки обновления — прерогатива менеджмента учреждения.

На данном этапе взгляды на оптимальное соотношение бюджетной и коммерческой деятельности учреждений кремлевской медицины не устоялись, а чрезмерное увлечение коммерческой деятельностью может идти во вред выполнению основных целей. Вместе с тем, игнорировать коммерческий аспект деятельности ЛПУ при планировании финансовой деятельности учреждения и системы в целом уже не представляется возможным.

Кроме того, доходы от оказания платных услуг опосредованно характеризуют и качество обслуживания, поскольку иллюстрируют востребованность данного учреждения кли-

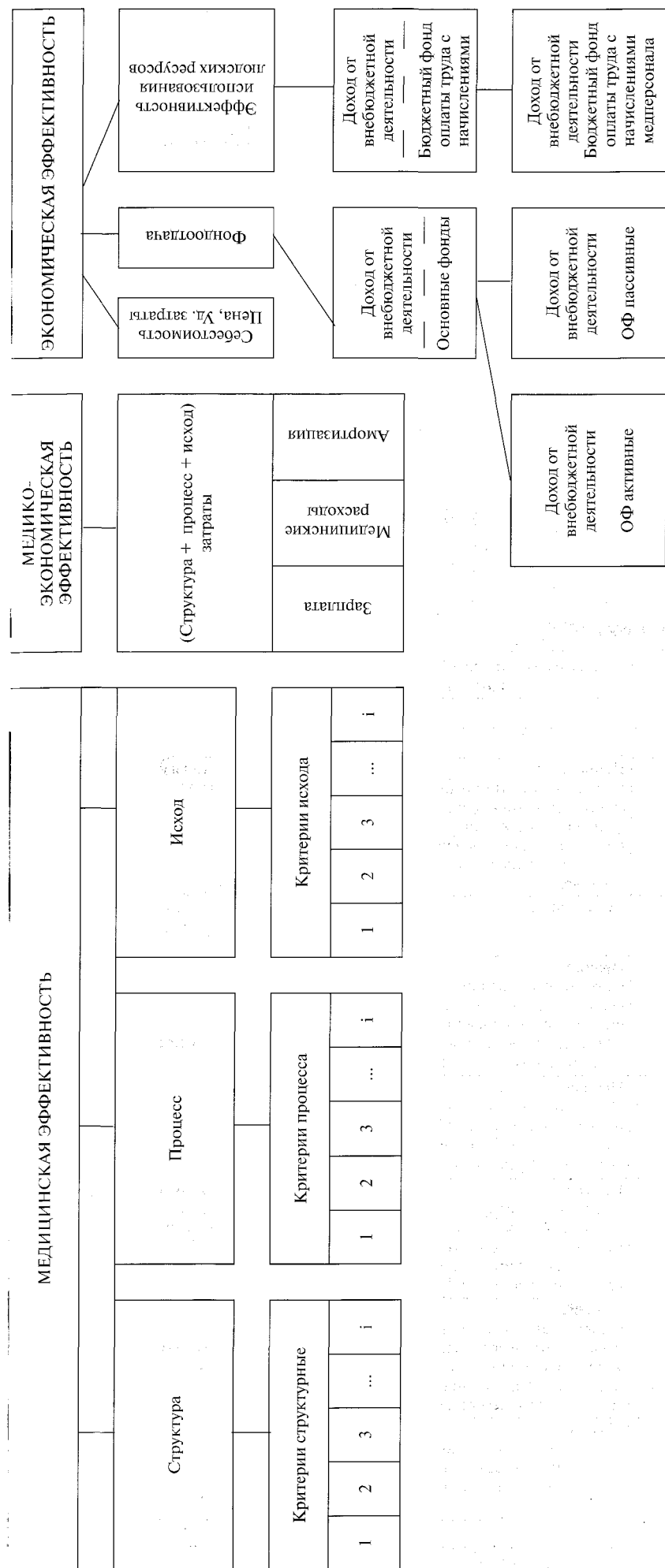


Рис. 1. Эффективность деятельности лпу.

ентами, имеющими достаточно широкий выбор на рынке платных медицинских услуг.

На рис. 1 в графическом виде представлена блок-схема, раскрывающая принципы подхода к оценке эффективности деятельности ЛПУ.

Для удобства проведения сравнительного анализа показателей ЛПУ необходимо привести их к безразмерному виду, т.е. провести нормирование показателей. В классическом варианте с этой целью используют некоторое стандартное значение для данного показателя. Ввиду того, что в настоящее время ведомственные стандарты в большинстве своем отсутствуют, а их разработка требует значительных усилий и времени, на данном этапе существуют два варианта нормирования: первый, основанный на среднем значении конкретного показателя по системе в целом, и второй, предусматривающий наилучшее, достигнутое в данной системе значение.

По-видимому, для кремлевской системы ЛПУ было бы правильнее ориентироваться на наилучшие показатели, достигнутые в системе по данному критерию, что соответствует современной технологии бенчмаркинга.

3. Существующая система оценки деятельности поликлинических учреждений Управления делами Президента РФ

В настоящее время для анализа деятельности ЛПУ используют следующие основные ведомственные производственные и экономические показатели:

- план врачебных посещений в поликлинику всего, в т.ч. бюджетным контингентом;
- выполнение плана врачебных посещений всего, в т.ч. бюджетным контингентом;
- количество посещений на 1 занятую должность врача;
- число посещений на 1 прикрепленного пациента;
- количество пациентов на 1 участкового врача;
- количество вызовов СМП;
- себестоимость 1 врачебного посещения;
- показатели общей заболеваемости;
- показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности;
- показатели первичного выхода на инвалидность;
- показатели смертности.

Приведенные показатели характеризуют ряд параметров исхода и нагрузку врачебного персонала, а также среднюю себестоимость посещения.

Кроме того, в ежегодных отчетах ЛПУ представляют достаточно большой объем информации по лечебной и коммерческой деятельности, однако как сами показатели, так и система их представления носит главным образом описательный характер и делает крайне сложным осуществление анализа причин негативных тенденций, если такие имеются, и проведение сравнительного анализа эффективности работы ЛПУ с учетом имеющихся специфических особенностей (разный уровень материального обеспечения, состав контингента, кадровый состав и т.д.). Все это в значительной степени затрудняет их мониторинг и принятие обоснованных управленческих решений, направленных на улучшение работы поликлиник. Тем более, не представляется возможным оценить эффективность системы в целом и динамики ее развития.

Вместе с тем, ряд показателей может быть использован в предлагаемой методологии в качестве исходных данных для расчета критериев эффективности деятельности ЛПУ.

4. Методика определения эффективности деятельности ЛПУ

¹ Под методикой будем понимать алгоритм практической реализации принципов, заложенных в методологию определения эффективности, а именно установление ко-

личественных соотношений между четырьмя параметрами: критерий эффективности — норма — результат — оценка эффективности.

Определение медицинской эффективности

Важнейшим этапом определения медицинской эффективности является выбор комплекса показателей, характеризующих КМП поликлинических учреждений. Основной сложностью данного этапа является необходимость избежать излишней детализации и чрезмерно большого числа показателей (индикаторов) и в то же время сохранить необходимый уровень информативности.

При этом ориентировались, в основном, на стандартные количественные статистические показатели работы учреждений, чтобы не увеличивать и без того большой объем отчетных форм учреждений.

В табл. 1 представлены критерии оценки медицинской эффективности поликлиник, использованных для их сравнительной количественной оценки.

Спецификой медицины является то, что не все критерии могут быть измерены в натуральном выражении и предусматривают экспертную оценку. В данном случае к таким показателям относятся: использование информационных

Таблица 1. Критерии медицинской эффективности деятельности ЛПУ

	Критерий	Обоснование выбора критерия	Способ определения (экспертный, прямой)	Источник информации	Ранг
1. Медицинская эффективность					
1.1 Критерии структуры					7
1.	Фондовооруженность 1.1. Дорогостоящее оборудование; уникальное оборудование ¹	Показатель отражает уровень технических возможностей врача по оказанию медицинской помощи, отвечающей современному уровню медицины.	Прямой. Определяется отношением остаточной стоимости активной части основных фондов (дорогостоящее и уникальное оборудование) к фактическому количеству занятых должностей врачей (руб./врач).	Форма 05-03-130 и форма 05-03-160 (утв Минфином РФ от 10.02.2006г. №25 с последующими изменениями), ст. «Основные средства и нефинансовые активы»	7
2.	Использование информационных технологий	Показатель отражает уровень компьютеризации ЛПУ.	Экспертный.		7
3.	Обеспеченность врачами	Показатель отражает обеспеченность врачами прикрепленного контингента	Прямой. Определяется числом штатных (занятых) должностей врачей, на бюджетном финансировании на 1000 среднегодовой численности бюджетного контингента.	Отчетная форма №30 Утверждена постановлением Госкомстата России от 10.09.2001 № 175 и данные отдела учета контингента	10
4.	Уровень квалификации врачей.	Показатель отражает уровень профессиональной подготовки врачебного персонала.	Прямой. Определяется отношением числа врачей имеющих квалификационные категории к числу физических лиц врачей в ЛПУ (в %).	Отчетная форма № 17 Утверждена постановлением Госкомстата России от 04.09.2000 № 76	10
5.	Соотношение врачей и среднего медперсонала	Показатель структуры медперсонала отражает уровень медицинского сервиса ЛПУ.	Прямой. Определяется отношением числа специалистов со средним медицинским образованием (физических лиц) к числу врачей (физических лиц) в ЛПУ.	Отчетная форма №30 Утверждена постановлением Госкомстата России от 10.09.2001 № 175	5
6.	Уровень квалификации среднего медперсонала	Показатель отражает уровень обеспечения лечебного процесса.	Прямой. Определяется отношением числа среднего медперсонала, имеющего квалификационные категории, к числу физических лиц среднего медицинского персонала в ЛПУ (в %).	Отчетная форма № 17 Утверждена постановлением Госкомстата России от 04.09.2000 № 76	10
7.	Текущесть кадров в % - врачи - ср. медперсонал	Показатель отражает удовлетворенность персонала условиями работы.	Прямой. Определяется отношением числа уволившихся сотрудников к общему числу персонала на конец учетного года.	Справка кадровой службы	7

¹ Дорогостоящее и уникальное оборудование включает: КТ, МРТ, ПЭТ, рентгеновское оборудование, УЗИ, эндоскопическое и лабораторное оборудование.

	Критерий	Обоснование выбора критерия	Способ определения (экспертный, прямой)	Источник информации	Ранг
1.2. Критерии процесса					10
1.	Нагрузка на 1 врача (функция врачебной должности): 1.1. на 1 занятую должность врача клинической специальности 1.2. в т.ч. по бюджету 1.3. на 1 занятую должность участкового врача 1.4. в т.ч. по бюджету	Показатель отражает нагрузку на врача, эффективность использования специалистов, качество менеджмента ЛПУ.	Прямой. Определяется отношением числа посещений в год (п-ка + на дому) на 1 занятую должность врача клинической специальности (без стоматологов).	Отчетная форма № 30 Утверждена постановлением Госкомстата России от 10.09.2001 № 175	10
2	Интенсивность использования дорогостоящего и уникального оборудования.	Показатель отражает эффективность использования дорогостоящего и уникального оборудования в диагностическом и лечебном процессе.	Прямой. Определяется отношением стоимости дорогостоящего и уникального оборудования к количеству проведенных исследований (руб.)	Форма 05-03-130 и Форма 05-03-160 (утв Минфином РФ от 10.02.2006г. №25 с последующими изменениями), ст. «Основные средства и нефинансовые активы». Отчетная форма № 30 Утверждена постановлением Госкомстата России от 10.09.2001 № 175	10
3	Хирургическая работа в поликлинике	Показатель отражает объем хирургической помощи на амбулаторно-поликлиническом этапе.	Прямой. Определяется числом проведенных амбулаторных операций на 100 посещений врачей поликлиники по заболеванию (без посещений на дому).	Отчетная форма № 30 Утверждена постановлением Госкомстата России от 10.09.2001 № 175	10
4	Выявляемость социально-значимых заболеваний, общая и в ранних стадиях ² : 4.1. Показатель впервые выявленной заболеваемости злокачественными новообразованиями 4.2. Выявляемость злокачественных новообразований в ранних стадиях (1-2ст) 4.3. Показатель впервые выявленной заболеваемости сахарным диабетом 4.4. Выявляемость заболеваний сахарным диабетом без осложнений 4.5. Показатель впервые выявленной заболеваемости болезнями, характеризующимися повышенным артериальным давлением 4.6. Выявляемость болезней, характеризующихся повышенным артериальным давлением в 1ст (без поражения органов-мишеней)	Показатель позволяет оценить квалификацию врача, своевременность выявления заболевания и назначения лечения, что предупредит выявление онкологии в запущенной стадии и появление осложнений.	Прямой. Показатель впервые выявленной заболеваемости определяется числом выявленных заболеваний среди бюджетного контингента на 1000 прикрепленных.	Уч. форма 79 , Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов уч. форма 25в	10
5	Удельный вес пациентов, медицинская помощь которым была оказана в соответствии с отраслевыми стандартами: болезни, характеризующиеся повышенным АД, сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца	Показатель отражает соответствие процесса оказания медицинской помощи в ЛПУ современным лечебно-диагностическим требованиям.	Экспертный. Определяется выборочным анализом медицинской документации больных с артериальной гипертензией, сахарным диабетом, ишемической болезнью сердца (в %).	Медицинская карта амбулаторного больного Форма № 025/у-04 , утверждена приказом Минздравсоцразвития России от 22.11.2004 №255	7

² Показатель скорректирован с учетом возрастного коэффициента.

	Критерий	Обоснование выбора критерия	Способ определения (экспертный, прямой)	Источник информации	Ранг
6	Охват профилактической диспансеризацией бюджетного контингента в % от всего контингента	Показатель отражает уровень профилактической направленности работы ЛПУ	Прямой. Определяется отношением числа пациентов, прошедших диспансеризацию к числу лиц, подлежащих диспансеризации из числа бюджетного контингента.	Лист учета качества и эффективности диспансеризации (вкл. в и/б) уч. форма 140 и реестр прикрепленного контингента	10
7	Впервые диагностированные заболевания во время диспансеризации	Показатель отражает направленность работы на раннее выявление и эффективное лечение заболеваний.	Прямой. Определяется количеством впервые выявленных во время диспансеризации заболеваний на 1000 бюджетного контингента (среднегодовую численность).	Карта учета заболеваний уч. форма 79 , Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов уч. форма 25в	10
8	Показатели госпитализации ³ : 8.1. Число госпитализированных	Показатель отражает эффективность процесса лечения на амбулаторно-поликлиническом этапе.	Прямой. Определяется количеством госпитализированных среди бюджетного контингента на 1000 прикрепленных	Карта учета госпитализации уч. форма 190 и реестр прикрепленного контингента	8
	8.2. Доля госпитализированных среди состоявших на активном наблюдении по социально-значимым заболеваниям		Прямой. Определяется отношением количества госпитализированных, состоящих на активном наблюдении, к числу состоявших под наблюдением (пользованный контингент) в отчетном году, среди бюджетного контингента (в %)	Контрольная карта диспансерного наблюдения уч. форма 030/у-04 , утв. приказом Минздравсоцразвития от 22.11.04 №255. Карта активного диспансерного наблюдения уч. форма 78	8
9	Доля экстренных госпитализаций в данном году ⁴ : 9.1. Доля экстренных госпитализаций	Показатель отражает уровень лечебно-профилактической работы ЛПУ.	Прямой. Определяется отношением числа пациентов, госпитализированных по экстренным показаниям, к общему числу госпитализированных за год из числа бюджетного контингента (в %).	Журнал регистрации больных на госпитализацию уч. форма 34 , Карта учета госпитализации уч. форма 190 и реестр прикрепленного контингента	8
	9.2. Доля экстренно госпитализированных среди состоявших на активном наблюдении по социально-значимым заболеваниям		Прямой. Определяется отношением числа пациентов, госпитализированных по экстренным показаниям, к общему числу госпитализированных за год среди состоявших на активном наблюдении по социально-значимым заболеваниям из числа бюджетного контингента (в %).	Контрольная карта диспансерного наблюдения уч. форма 030/у-04 , утв. приказом Минздравсоцразвития от 22.11.04 №255. Карта активного диспансерного наблюдения уч. форма 78	8
10	Удовлетворенность прикрепленного бюджетного контингента	Показатель отражает уровень соответствия процесса оказания медицинской услуги и результата ожиданиям пациента.	Прямой. Определяется по результатам анкетирования пациентов (полная удовлетворенность 5 баллов).	Протокол анкетирования	5
11	Удовлетворенность коммерческого пациента.	Показатель отражает уровень соответствия процесса оказания платной медицинской услуги и результата ожиданиям пациента.	Прямой. Определяется по результатам анкетирования пациентов.	Протокол анкетирования	5
1.3. Критерии исхода				10	

³ Показатель скорректирован с учетом возрастного коэффициента.

⁴ Показатель скорректирован с учетом возрастного коэффициента.

	Критерий	Обоснование выбора критерия	Способ определения (экспертный, прямой)	Источник информации	Ранг
1	Эффективность динамического наблюдения при социально-значимых заболеваниях (сахарный диабет, болезни, характеризующиеся повышенным артериальным давлением, ишемическая болезнь сердца) ⁵	Показатели позволяют оценить эффективность активного наблюдения пациентов с социально-значимыми заболеваниями.	Качество и эффективность активного наблюдения рассчитывались по проверенным экспертным путём амбулаторным картам с учётом выявленных у пациентов осложнений, количества пациентов, имеющих ВУТ, первичный выход на инвалидность или госпитализацию из всех указанных групп активного наблюдения социально-значимых заболеваний вместе.	Медицинская карта амбулаторного больного Форма № 025/у-04 , утверждена приказом Минздравсоцразвития России от 22.11.2004 №255	10
	1.1 Доля качественно проводимого активного наблюдения				
	1.2. Число осложнений ОИМ				
2	Первичный выход на инвалидность среди лиц трудоспособного возраста ⁶		Прямой. Определяется числом лиц трудоспособного возраста из числа бюджетного контингента, впервые признанных инвалидами (абс. и на 1000 прикрепленного бюджетного контингента трудоспособного возраста)	Направление на медико-социальную экспертизу уч.ф. 088/у-97 или Журнал учета клинико-экспертной работы лечебно-профилактического учреждения уч. форма № 035/у-02 и реестр прикрепленного контингента	10
	3				
4	Частота расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов.	Показатели исхода отражают результативность диагностики и медицинской помощи.	Прямой. Определяется отношением числа произведенных патологоанатомических исследований умерших к числу умерших в данном году (в %)	Протокол (карта) патологоанатомического исследования (уч. форма 013/у). Реестр прикрепленного контингента	10
	4.1. % вскрытий				
	4.2. % расхождений		Прямой. Определяется отношением числа клинических диагнозов, не подтвержденных при аутопсии, ко всем случаям смерти, где проводилась аутопсия (в %)	Протокол (карта) патологоанатомического исследования (уч. форма 013/у)	6
5	Частота расхождений поликлинического и клинического диагнозов.		Прямой. Определяется отношением случаев расхождения поликлинического и клинического диагнозов ко всем госпитализированным пациентам	Медицинская карта амбулаторного больного уч. формы 025/у-04, 11, 21 и выписка из медицинской карты стационарного больного или Карта учета госпитализации уч. форма 190	10
6	Заблеваемость с временной утратой трудоспособности:		Прямой. Определяется числом случаев и количеством дней временной утраты трудоспособности на 100 работающих среди бюджетного контингента в возрасте от 18 до 60 лет (без учета отпусков по беременности и родам).	Талон на законченный случай временной нетрудоспособности уч. форма 025-9/4у-96 , реестр прикрепленного контингента, Книга регистрации листков нетрудоспособности уч.форма № 036/у , утв. Минздравом СССР 04.10.80 г. № 1030	10
	6.1 Количество случаев;				
	6.2. Количество дней.				10

⁵ Показатели скорректированы с учетом возрастного коэффициента, кроме п. 1,3 (УВТ).

⁶ Контингент трудоспособного возраста — мужчины в возрасте 16–59 лет, женщины 16–54 лет.

⁷ Контингент трудоспособного возраста — мужчины в возрасте 16–59 лет, женщины 16–54 лет.

	Критерий	Обоснование выбора критерия	Способ определения (экспертный, прямой)	Источник информации	Ранг
7	Доля пациентов, имеющих социальные льготы	Отражает дополнительную нагрузку на учреждение.	Прямой. Определяется отношением числа бюджетных пациентов, имеющих социальные льготы, к общему числу бюджетного контингента, состоящего на учете на конец года.	Медицинская карта амбулаторного больного, уч. форма № 025/у-04 , утв. приказом Минздравсоцразвития России от 22.11.2004 № 255	5
8	Смертность: показатели смертности среди прикрепленного бюджетного контингента в возрасте: 18-59 лет 60 лет и старше.	Показатели исхода отражают результативность медицинской помощи.	Прямой. Определяется как число умерших среди лиц трудоспособного возраста и лиц старше трудоспособного возраста из числа бюджетного контингента на 1000 прикрепленного контингента данной возрастной категории.	Реестр прикрепленного контингента	10
					5

технологии и удельный вес пациентов, медицинская помощь которым была оказана в соответствии с отраслевыми стандартами.

В первом случае учитывались такие характеристики, как: 1) число автоматизированных рабочих мест; 2) использование медицинских программ; 3) наличие в учреждениях компьютерной сети. Оценка осуществлялась по 10-балльной шкале.

Во втором случае изучались амбулаторные карты пациентов в количестве от 35 до 48. Оценка проводилась путем определения отношения числа амбулаторных карт, в которых имелись отклонения от стандартов, к общему числу изученных амбулаторных карт. Сам анализ осуществляли на основании «Методических рекомендаций по организации и проведению диспансерного обслуживания взрослого контингента, активного наблюдения за больными и лицами с факторами повышенного риска заболеваний», разработанных ГМУ и учитывающих отраслевые стандарты, утвержденные Минздравсоцразвития РФ.

Экспертиза осуществлялась комиссией в составе сотрудников ГМУ, заместителей главных врачей по медицинской части и заведующих отделений поликлиник.

Кроме того, ряд показателей подвергали корректировке по возрасту. К таким показателям относятся: 1) выявляемость социально-значимых заболеваний; 2) доля госпитализированных; 3) доля экстренных госпитализаций; 4) эффективность динамического наблюдения.

Корректировку осуществляли следующим образом. Рассчитывали среднее число бюджетного контингента старше 60 лет по всем поликлиникам. Корректирующий коэффициент рассчитывался:

$$K_{в} = \frac{\text{Относительное число пациентов старше 60 лет данного ЛПУ \%}}{\text{Относительное число пациентов старше 60 лет в целом по системе ЛПУ}}$$

Получаемый натуральный показатель для каждого ЛПУ делили на корректировочный коэффициент. Это позволило исключить влияние возрастного фактора (оказывающего значительное влияние) на объективность сравнения по вышеуказанным показателям ЛПУ с отличающимся по возрасту контингентом.

В данной работе расхождение клинического и поликлинического диагнозов не определяли, поскольку данный учет в настоящее время не поставлен.

Анкетирование. Анкетирование пациентов поликлиник осуществлялось силами сотрудников Учебно-научного медицинского центра УД Президента РФ по разработанной ан-

кете. Цель анкетирования — определение степени удовлетворенности пациентов (отдельно бюджетных и коммерческих) уровнем обслуживания в данном учреждении. При постановке этой работы исходили из того, что оказание услуги в соответствии с ожиданиями пациента является одним из важнейших индикаторов качества медицинской помощи.

О ранжировании. Из общих соображений и практического опыта понятно, что не все показатели медицинской эффективности и сами блоки имеют одинаковый вес в определении интегрального показателя МЭ. Так, в данной методике вес блоков «Исход» и «Процесс», как конечный результат медицинского воздействия, принят максимальным (10), тогда как блок «Структура» имеет ранг 7.

Кроме того, и внутри каждого блока ранги показателей различны.

В целом процедура присвоения ранга основывалась на практическом опыте специалистов, принявших участие в разработке методики, и мнения ведущих специалистов лечебных учреждений.

Алгоритм дальнейшей обработки количественных данных, характеризующих медицинскую эффективность ЛПУ по выбранным показателям, представлен в виде табл.2 [4].

В данной, таблице коэффициент соответствия КС представляет собой отношение результата по данному критерию для конкретного ЛПУ к наилучшему показателю, достигнутому в системе:

$КС = P/N$, когда наилучшее значение соответствует максимальному показателю в системе (например, выявляемость заболеваний);

$КС = N/P$, когда наилучшее значение соответствует минимальному показателю в системе (например, смертность).

С учетом ранжирования показатель результативности критерия ПР будет определяться:

$$ПР = КС \cdot R$$

Далее проводим свертку по всем показателям данного блока (например, блок «Структура») с учетом ранжирования и получаем коэффициент результативности данного блока:

Таблица 2. Определение критериев оценки медицинской эффективности учреждения

№ п/п	Критерий	Ранг®	Норматив (Н)	Результат (Р)	КС	ПР

$$КРб = \frac{\sum ПР}{\sum R}, \text{ где}$$

$\sum R$ – сумма рангов.

Проведя суммирование (свертку) всех КРб данного раздела получаем коэффициент результативности раздела – медицинская эффективность

$$КРмед = МЭ = (КРс \cdot R_c + КРп \cdot R_p + КРи \cdot R_i) / \sum R,$$

где

КРс, КРп, КРи – коэффициенты результативности блоков «Структура», «Процесс» и «Исход» соответственно;
 R_c, R_p, R_i – ранги данных блоков;
 $\sum R$ – сумма рангов блоков.

Полученные результаты представляются в виде сводной табл. 3.

Таблица 3. Сводная таблица показателей медицинской эффективности

Показатель ЛПУ	Коэффициент результативности блока «Структура», КРс	Коэффициент результативности блока «Процесс», КРп	Коэффициент результативности блока «Исход», КРи	Коэффициент результативности раздела, КРмед

Определение медико-экономической эффективности

В данном разделе акцентирует внимание на эффективности использования бюджетных средств при выполнении основной функции учреждения - обслуживанию прикрепленного бюджетного контингента.

Медико-экономическая эффективность определяется как отношение показателя медицинской эффективности МЭ к коэффициенту соответствия финансирования КСфин.

$$МЭЭ = МЭ / КСфин, \text{ где}$$

КСфин рассчитывается как отношение фактических удельных затрат бюджета к нормативному значению.

Фактические удельные затраты для каждого ЛПУ рассчитывали по следующей формуле:

УЗб = (расходы бюджета - налог на имущество - приобретение и модернизация оборудования, приобретенного за счет бюджетных средств + амортизация основных средств, приобретенных за счет бюджетных ассигнований) / число прикрепленных по госзаказу.

В качестве нормативного значения берется наименьшее значение по всем ЛПУ.

Алгоритм расчета данного показателя иллюстрирует табл. 4.

Таблица 4. Определение медико-экономической эффективности ЛПУ

ЛПУ	КРмед	Рфин	Нфин	КС фин, (Рфин/Нфин)	Индекс медико-экономической эффективности ЛПУ, (КРмед/КСфин)

Определение экономической эффективности деятельности ЛПУ

Алгоритм расчета экономической эффективности (деловой активности) представлен в табл. 5.

Таблица 5. Расчет показателей экономической эффективности деятельности ЛПУ

Показатель	Норматив, (Н)	Результат (Р)	КС (Р/Н)
Себестоимость 1 посещения (СП) тыс.руб.			
Фондоотдача (ФО):			
ФО (активная часть)			
ФО (пассивная часть)			
Эффективность использования людских ресурсов (ЭЛР)			
ЭЛР медперсонала			
Цена реализации услуги (Ц) (справочно), тыс.руб.			
Удельные затраты по бюджетной деятельности (справочно) УЗ б, тыс.руб.			

Фондоотдача (общая, активной и пассивной части) ЛПУ рассчитывается по формулам:

ФО = (годовой доход от внебюджетной деятельности ЛПУ)/балансовая стоимость основных фондов;

ФОакт = (годовой доход от внебюджетной деятельности ЛПУ)/балансовая стоимость активной части;

ФОпас = (годовой доход от внебюджетной деятельности ЛПУ)/балансовая стоимость пассивной части.

Эффективность использования людских ресурсов (общая, врачей и сестринского персонала) рассчитывается по формуле:

ЭЛР = (годовой доход от внебюджетной деятельности ЛПУ)/бюджетный фонд оплаты труда с начислениями;

ЭЛРвр = (годовой доход от реализации товаров и услуг)/бюджетный фонд оплаты труда с начислениями медперсонала;

Цена реализации услуги рассчитывается по формуле:

Ц = годовой доход от реализации товаров и услуг/число посещений

Разделив полученный результат на нормативное значение (максимальное, достигнутое в системе ЛПУ), получим коэффициент соответствия по каждому показателю.

Интегральный индекс экономической эффективности ЛПУ будет выражен сверткой:

$$ЭЭ = (КСфо + КСэлр) / 2$$

Расчет значения средней себестоимости услуги (посещения) проводили на основании изложенных в литературе рекомендаций [5] и с учетом гл. 25, статей 318 и 321 Налогового Кодекса РФ, отражающих вопросы налогообложения бюджетных учреждений, занимающихся оказанием платных услуг.

Представляет интерес сопоставить себестоимость платной услуги (одного посещения) с ценой ее продажи и удельными затратами на одно посещение бюджетного пациента УЗбп.