

10.18. ВОПРОСЫ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ЦЕНТРОВ

Оганджян М.В., соискатель

*Ставропольский краевой клинический
консультативно-диагностический центр*

Статья посвящена вопросам качества оказания платных медицинских услуг и предпринимательской деятельности диагностических центров. Проанализированы характерные особенности терминологического определения понятия «качество медицинской помощи» (КМП), поскольку существующие в настоящее время трактовки понятия КМП содержат много противоречий, что, несомненно, отражается на практике организации оценки и контроля КМП.

В данной статье рассмотрены различные методы оценки качества оказания услуг, что свидетельствует о нарастающем интересе к КМП во всех ее аспектах. Выявлена и обоснована необходимость совместного использования различных методов оценки КМП в предпринимательской деятельности диагностических центров. На основе проведенного анализа предлагается выделить следующие методы оценки качества оказания услуг: внешние и внутренние, внутриведомственные и вневедомственные, экспертный и социологический. Рассмотренные методы оценки КМП позволяют своевременно выявлять имеющиеся проблемы, принимать обоснованные управленческие решения и осуществлять целенаправленное планирование мероприятий по управлению процессом повышения качества медицинских услуг, оказываемых пациентам.

Анализ зарубежной литературы свидетельствует о нарастающем интересе к качеству медицинской помощи во всех ее аспектах, а именно терминологическому определению понятия качества в приложении к медицинской деятельности, к обеспечению и оценке качества медицинской помощи, наконец, к способам и формам ее повышения. В США еще в 1960-1970 гг. был создан ряд официальных учреждений (Организация контроля профессиональных стандартов) и негосударственных органов (Объединенная комиссия по проверке больниц), главной задачей которых является оценка качества медицинской помощи и контроль за качеством. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в 1981 г. приняло решение начать осуществление новой программы под общим названием «Типовые программы медицинского обслуживания и обеспечение его качества», цель которой является определение наиболее целесообразного сочетания различных видов помощи больным, страдающим определенными заболеваниями, и обеспечение должного качества этой помощи. По мнению ведущего эксперта ВОЗ Х.В. Вуори, создание системы постоянного обеспечения качества медицинского обслуживания с учетом социальных, экономических, региональных и профессиональных особенностей каждого государства является в настоящее время и актуальной научной задачей, и важнейшей потребностью практической медицины.

Повышение качества медицинской помощи – главная цель и одна из важнейших сторон организации крупных, многопрофильных консультативно-диагностических центров.

Понятие «качество» (в переводе на английский quality) помимо чисто философского аспекта, когда оно употребляется с целью отметить устойчивость различий каких-

либо явлений или процессов, широко используется на практике и в самых разнообразных отраслях производства при сравнении однотипной продукции по степени ее совершенства, пригодности. По мнению О.П. Щепина, в рыночных условиях использование в здравоохранении такой «немедицинской» трактовки понятия качества не только закономерно, но и необходимо. Действительно, одна и та же продукция (работа, услуга) различных медицинских учреждений может существенно отличаться, а соответственно, от ее качества зависит и ее цена, что крайне важно для всех участников медицинского процесса: государству, лечебно-профилактическому учреждению (ЛПУ), пациенту, экспертам.

Существующие в настоящее время трактовки понятия «качество медицинской помощи» (КМП) (в переводе на английский quality of care) содержат много противоречий, что, несомненно, отражается на практике организации оценки и контроля КМП. Причины терминологической путаницы заключаются в том, что, несмотря на кажущуюся простоту, дать однозначное определение качества медицинской помощи непросто.

Представленные в научной литературе десятки определений КМП различаются не только деталями, но часто прямо противоречат друг другу. По мнению О.П. Щепина, отмечаемые терминологические различия обусловлены исключительной сложностью и многоплановостью рассматриваемого понятия «качество медицинской помощи», постоянным изменением требований к уровню оказываемой медицинской помощи.

Различные оценочные критерии (со стороны пациентов, врачей и органов управления, экспертов) закономерно препятствуют разработке единых методологических подходов для оценки всех видов медицинской помощи.

По единодушному мнению многих авторитетных специалистов, понятие КМП следует использовать не в общем универсальном смысле, а применительно к конкретному больному, виду медицинской деятельности, структурному медицинскому подразделению или лечебно-профилактическому учреждению в целом.

По определению Американской ассоциации общественного здравоохранения, содержание понятия «качество», утвержденного исследовательской группой ВОЗ, подразумевает отдельные компоненты:

- адекватность;
- эффективность;
- экономичность;
- научно-технический уровень;
- удовлетворенность потребителей и поставщиков медицинской помощи;
- доступность;
- преемственность.

Все указанные отдельные компоненты поддаются определению и измерению.

Обеспечение качества ориентировано на конкретные действия в целях изменения обслуживания в желаемом направлении. Таким образом, обеспечение качества всегда преследует политическую цель – улучшение качества.

Работа по обеспечению качества должна проводиться во всех службах и на всех уровнях системы здравоохранения. Однако, по литературным данным, большинство соответствующих программ осуществляется в стационарах, как наиболее четко очерченных административных единицах, с определенными показателями оценки деятельности, с более дорогостоящими видами

медицинского обслуживания. В то же время вопросы качества амбулаторной и диагностической помощи освещены недостаточно, актуальность которых очевидна, так как меняются приоритеты в концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации, смещается центр тяжести лечения на профилактику, со стационарной помощи – на амбулаторное звено. Многие лечебно-профилактические учреждения в мире развивались и развиваются до настоящего времени как многопрофильные медицинские центры, оказывающие населению как стационарные, так и амбулаторные специализированные услуги. При этом первичную помощь на уровне семьи оказывают, как правило, врачи общей практики и семейные врачи, которые вместе с другими специалистами первичной помощи обслуживают до 80% всех обращений населения [3, С. 182].

Оценка качества предполагает определение фактического качества работы системы или службы. Метод оценки эффективности диагностических технологий в медицинских организациях РФ до настоящего времени не разработан, нет единой системы анализа затрат и результатов использования диагностического оборудования, позволяющей систематически оценивать диагностические технологии. А такая система существенно помогла бы решить следующие задачи:

- оценки потребности в ресурсах на уровне медицинской организации и территории муниципального образования, субъекта Федерации или всей страны в целом;
- проведения экспертизы оценки качества медицинской помощи больным с определенным заболеванием, синдромом или в определенной клинической ситуации и планирования мероприятий по ее совершенствованию;
- планирования объемов медицинской помощи;
- совершенствования экономических отношений в деятельности диагностических служб и развития на их основе системы управления качеством медицинской помощи;
- активного развития научных исследований, разработки новых методов диагностики и наблюдения (контроля) за состоянием больных.

На данном этапе развития здравоохранения можно сказать, что основные направления реформирования здравоохранения не находят должного понимания у медицинских работников и населения. До настоящего времени сохраняется практика решения руководителями здравоохранения многих внутриотраслевых проблем без учета мнения потребителей услуг [4, С. 217].

На данном этапе можно сформулировать основные предпосылки для осуществления дополнительных мер по реструктуризации консультативных и диагностических служб на основе оценки потребности в ресурсах данного вида и планирования в обязательном порядке объемов лечения и обслуживания по уровням оказания медицинской помощи:

- необходимость оптимизации ресурсного обеспечения консультативных и диагностических служб, эффективного использования технического и кадрового потенциала с учетом проводимой реформы в здравоохранении;
- значительные затраты на диагностику с тенденцией их к росту в структуре лечебно-диагностического процесса;
- недостаточное финансирование и ограниченные ресурсы здравоохранения [7, С. 14].

Активное внедрение в последние годы в практику отрасли достижений научно-технического прогресса и переход экономики национальных систем здравоохранения на индустриальные принципы развития, смещение приоритетов в оказании медицинской помощи на амбу-

латорный уровень способствовали стремительному развитию организационных технологий, позволяющих оптимизировать структуру лечебно-диагностического процесса и минимизировать потери на этапах оказания медицинской помощи населению.

Методологические подходы к оценке качества медицинской помощи, представленные в литературе, разработаны на основе методики А. Donabedian, предложившего структурный, процессуальный и результирующий подходы к оценке качества медицинской помощи [8, С. 150].

Деление на три основных принципа (структурный, процессуальный и результирующий) стало общепринятым при разработке программ обеспечения качества, что нашло отражение в приказе Министерства здравоохранения РФ «Об организации работ по стандартизации в здравоохранении» от 19 января 1998 г. №1212. Одним из важнейших направлений совершенствования охраны здоровья населения является обеспечение качества и безопасности медицинской помощи путем проведения работ по стандартизации, лицензированию, аккредитации и сертификации.

Структурный подход предполагает аккредитацию ресурсной базы и аттестацию кадров. Аккредитация – процесс, посредством которого тот или иной орган или организация оценивает и признает, что данное учреждение соответствует заранее установленным стандартам и может выполнить поставленные, перед ним задачи. Этот процесс направлен на защиту интересов как населения, так и профессиональных работников, обеспечивая гарантию качества их работы. Переход служб здравоохранения нашей страны к системам медицинского страхования в соответствии с Законом «О медицинском страховании граждан в РСФСР», вступившим в силу 1 октября 1993 г., предусматривает систему обязательной аккредитации лечебных учреждений. Заинтересованность ЛПУ в получении статуса аккредитованного учреждения демонстрирует его готовность иметь то качество обслуживания, которое имеют другие, хорошо зарекомендовавшие себя медицинские учреждения. Что касается аттестации медицинского персонала, то она представляет собой процесс, посредством которого государственный орган или ассоциация признает, что определенное лицо имеет соответствующую квалификацию, завершение подготовки по утвержденной программе, наличие определенного стажа работы, позволяющие ему заниматься той или иной деятельностью.

Многопрофильные диагностические центры, как правило, укомплектованы высококвалифицированными специалистами. Например, в диагностическом клиническом центре №1 г. Москвы (ОКДЦ) врачебный состав представлен преимущественно врачами высшей или первой категорий, средний медицинский персонал – специалистами первой и второй категорий. Особенностью кадрового состава по стажу работы является преобладание врачей со стажем от 5 до 10 лет (17%) и свыше 10 лет (66,4%). Возрастной состав медицинских кадров характеризовался следующим возрастом: доля врачей в возрасте 30-40 лет составила 40,9%, более старших возрастов – 49%. Очевидно, что стаж работы и возраст специалистов, работающих в диагностическом клиническом центре №1 г. Москвы, предполагает успешное сочетание уже приобретенного опыта и активный возрастной период жизнедеятельности. Самостоятельные многопрофильные диагностические цен-

тры обеспечивают комплексное лабораторно-инструментальное обследование по 200-400 методам диагностики. Основная задача таких центров – проведение качественной дифференциальной диагностики. Наибольшей эффективностью в использовании дорогостоящих высокотехнологичных видов диагностики отличаются самостоятельные диагностические центры. Проблемы рационального использования ресурсной базы лечебной сети и выявления резервных возможностей являются ключевыми в работе таких учреждений. Однако, число самостоятельных многопрофильных диагностических центров относительно невелико. Наиболее оправданной формой организации медицинского учреждения в экономически развитых странах признается крупный центр специализированной медицинской помощи. Создание подобного рода центров позволяет обеспечивать достижение лучших клинических результатов при одновременном сбережении ресурсов.

Платные медицинские услуги недоступны 39,8% опрошенных, еще 19,4% затруднились ответить на данный вопрос, так как не пользовались платными услугами. Платные услуги доступны 20,3% опрошенных, но в этом случае им пришлось бы ограничить себя в некоторых покупках. И только 20,5% респондентов платные медицинские услуги доступны без ограничения [2, с. 251].

Основными мотивами обращения пациентов Северо-Западного административного округа (СЗАО) Москвы в платные лечебные учреждения являются:

- наличие более современного оборудования (49,2%);
- отсутствие нужных специалистов в поликлинике по месту жительства (18,7%);
- возможность получения обследования в одном месте (11,2%);
- внимательное отношение персонала (10,1%);
- четкая и квалифицированная организация работы персонала платных ЛПУ (6,7%);
- неудобное расположение поликлиники по месту жительства или неудобный график работы ее специалистов (4,1%).

На лечение в течение года респонденты истратили:

- 9,8% – до 2 000 руб.;
- 21,2% – до 5 000 руб.;
- 21,6% – до 6 000 руб.;
- 21,3% – до 10 000 руб.;
- 12,3% – до 20 000 руб.;
- 10,8% – более 30 000 руб.

Удовлетворенность населения режимом работы амбулаторно-поликлинических учреждений СЗАО:

- 38,6% респондентов устраивает график работы врачей поликлиник;
- 61,4% – не устраивает.

График работы врачей ОКДЦ:

- устраивает 78,2% пациентов;
- не устраивает – 21,8%.

К основным причинам, по которым пациентов не устраивает график работы врачей ОКДЦ, относятся:

- отсутствие возможности попасть на прием выходные дни (39,3%) и в вечернее время (21,5%);
- отдаленное расположение ОКДЦ (28,4%);
- несоответствие графика приема врачей графику рабочего времени (10,8%).

Основными проблемами, с которыми респонденты столкнулись при обращении за медицинской помощью в поликлиники СЗАО, являлись:

- большие очереди (38,1%);
- недоступность многих видов обследований (25,5%);
- отсутствие записи к врачам и на диагностические обследования (9,8%);
- длительный по времени процесс обследования (7,7%);

- необходимость неоднократного посещения врачей (7,2%);
- невнимательное отношение медицинского персонала (6,8%);
- считают лечение в поликлинике неэффективным (4,9%).

Несколько иной характер носят проблемы, с которыми прочие сталкиваются при обращении в ОКДЦ:

- трудности получения направлений врача территориальной поликлиники на консультативные и диагностические приемы к специалистам центра (отказы без указания конкретных причин и т.д.) – 47,4%;
- сложность записи на прием по телефону, наличие очередей (от 3 до 25 дней) на различные виды приемов – 23,4%.

Считают уровень качества обследования и лечения в ОКДЦ:

- высоким – 94,7% респондентов;
- среднего уровня – 5,3%.

Предоставляемые центром консультативные и диагностические услуги считают своевременными и полными 88,7%, недостаточно полными – 11,3% респондентов; 96,3% опрошенных полагают, что им полностью доступен спектр услуг ОКДЦ, и лишь 3,7% считают, что отдельные услуги им недоступны.

Основными направлениями усовершенствования деятельности окружного консультативно-диагностического центра пациенты считают: ликвидацию очередей на консультативные (18,3%) и диагностические (21,4%) приемы, возможность записи, на все виды приемов без посещения ОКДЦ – через врачей территориальных поликлиник по направляемым в них из ОКДЦ талонам (19,71%), по телефону (16,3%) и через сеть Интернет (5,1%), уменьшение времени ожидания приема / диагностического обследования (9,7%), возможность постоянного лечения и наблюдения у врачей ОКДЦ, минуя территориальные поликлиники (9,5%).

Проведенный социологический мониторинг позволяет своевременно выявлять имеющиеся проблемы, принимать обоснованные управленческие решения и осуществлять целенаправленное планирование мероприятий по управлению процессом повышения качества медицинских услуг, оказываемых пациентам в ОКДЦ СЗАО.

Помимо многопрофильных диагностических центров и специализированных центров медицинской помощи, широко распространение за рубежом получили узкопрофильные или специализированные диагностические центры, функционирующие в составе специализированных крупных лечебных учреждений. Такие центры создаются различной мощности для обслуживания нескольких больниц или регионов по одной специальности.

Совершенствование амбулаторно-поликлинической помощи во многих странах осуществляется сегодня в основном за счет создания консультативно-диагностических специализированных центров. К настоящему времени в мировой медицинской практике существует немало моделей подобных учреждений, их разнообразие в основном определяется экономическим потенциалом страны, национальными традициями и особенностями кадрирования национальных систем здравоохранения.

В зарубежных диагностических центрах и в РФ на базе диагностических центров располагаются кафедры медицинских университетов или академий. Консультанты (доктора и кандидаты медицинских наук), непосредственно оказывая высококвалифицированную консультативную помощь, способствуют повышению квалификации врачебного и среднего медицинского персонала. Неуклонное повышение квалификации сотрудников диагностических центров обусловлено особенностями консультативно-

диагностической помощи и требованиями к ее качеству. Обеспечение высокого качества работы диагностических центров диктует необходимость постоянного повышения профессионального уровня врачей и среднего медперсонала. Формы повышения квалификации могут быть внешними и внутренними.

Таким образом, в основе структурного подхода лежит положение, что благоприятные предпосылки с большей вероятностью, чем неблагоприятные, приводят к более высокому уровню оказания медицинской помощи. При использовании структурного подхода учитывают все ресурсы (персонал, материальная часть, помещения, оборудование) и сопоставляют их с установленными стандартами.

Процессуальный подход основан на положении, что если на всех этапах медицинского обслуживания в полной мере применяются медицинские знания и технологии, то вероятность получения хороших результатов выше, чем тогда, когда они используются не полностью.

Методы оценки качества в соответствии с методикой А. Donabedian классифицируются на внешние и внутренние, каждый из которых предусматривает проведение административной и профессиональной оценки. Внутренняя оценка осуществляется персоналом самого медицинского учреждения. Внешняя – проводится любой группой специалистов вне пределов обследуемого учреждения. Административная оценка предполагает контроль эффективности использования ресурсной базы при производстве медицинских услуг, при этом эффективнее по большинству литературных данных внешняя оценка. Профессиональную оценку качества медицинских услуг предпочтительнее проводить с использованием внутренних экспертов. Сочетание внутренних и внешних методов оценки качества, с точки зрения Л.А. Панченко, наиболее рационально для создания системы непрерывного обеспечения качества, более предпочтительны при этом внутренние методы. Тем не менее периодически проводимые внешние проверки будут стимулировать ЛПУ к оказанию квалифицированной и результативной медицинской помощи. Это теоретическое положение соответствует системе контроля в Тульской области. Внутриведомственная система контроля осуществляется органами здравоохранения, вневедомственная – экспертами страховых служб. Текущая оценка качества диагностической помощи определяется соответствием конкретных результатов ожидаемым.

Наиболее часто используемым методом оценки качества медицинской помощи является медицинская ревизия или экспертный метод оценки качества (ЭМОК). Медицинская ревизия означает ретроспективную оценку качества медицинской помощи на основе изучения медицинской документации и позволяет установить уровень соответствия фактически проведенного медицинского обслуживания оптимальной модели, предусмотренной стандартом качества для данного учреждения. Методологические формы экспертизы качества медицинских услуг в настоящее время активно разрабатываются. Однако, по мнению многих исследователей, в условиях многоукладности российской здравоохранения методологические формы экспертных оценок должны быть адаптированы к конкретным типам учреждений. Важно подчеркнуть, что методы внутриведомственной оценки качества в условиях диагностических центров в литературе не представлены.

Другим методом оценки качества является контроль за соблюдением технологических стандартов. Технологические стандарты качества регламентируют процесс оказания медицинской помощи. Начало новой стадии технологизации медицины положила разработанная в США система стандартизации технологии диагностики и лечения больных, которая предусматривает упорядочение использования дорогостоящего диагностического оборудования в соответствии с компьютерными данными, разработанными для диагностики, лечения и реабилитации больных, объединенных в диагностические родственные группы.

Составляющие «производственной линии» являются технологическими единицами единого процесса и выполняются в соответствии с установленными традициями и правилами. Эти правила могут носить рекомендательный характер, а могут быть сформулированы в виде требований для неукоснительного исполнения в рамках медицинского учреждения (локальный стандарт), территории (региональный стандарт), государства (национальный стандарт).

Стандартизация технологии диагностического процесса в условиях многопрофильного диагностического центра представлена в исследованиях В.Ф. Шарапова с соавторами. Этими авторами акцентируется взаимосвязанность проблем качества и стандартизации. Качество диагностического процесса в условиях реального финансирования здравоохранения позволяет сохранить соответствующие стандарты (технологические, медико-экономические, клинические), сохранив при этом принцип социальной справедливости в оказании медицинской помощи. Объем и кратность диагностических обследований составлены авторами и на основе «Федеральных медицинских стандартов», рекомендации которых обновлены и детализированы с учетом новых методов диагностики и исследования. Диагностические центры с региональным уровнем обслуживания отнесены авторами к категории догоспитальной, широкопрофильной, специализированной диагностической помощи. Для этого этапа диагностической помощи предложены конкретные для каждой нозологии диагностические стандарты с указанием стоимости каждого обследования.

Таким образом, экспертная оценка соблюдения диагностических, медико-экономических и клинических стандартов позволяет оценить качество предоставляемой медицинской помощи.

Результирующий подход предполагает сравнительную оценку конечных результатов деятельности, то есть изменения состояния здоровья. Исследователи, изучавшие деятельность диагностического центра, указывают на отсутствие единых критериев оценки конечных результатов работы учреждений такого типа. Существующие формы статистической отчетности не отражают в полной мере состояние консультативно-диагностической деятельности и не позволяют провести ее анализ. Ситуация осложняется еще и существованием различных организационных форм и моделей диагностических центров, поэтому весьма затруднительна сравнительная оценка качества диагностической помощи с позиций результирующего подхода. Анализ качества конечных результатов в диагностическом центре представлен в работе И.Ю. Ципири. В составе комплексной автоматизированной системы оценки качества работы диагностических подразделений и служб всех уровней, а также и отдель-

ных исполнителей оценивалась динамика впервые выявленной патологии. Методология оценки качества медицинской помощи – предмет активных научных исследований. В настоящее время широко распространены метод экспертных оценок, который требует многофакторного анализа и позволяет уточнить значимость отдельных показателей качества. Другим способом контроля КМП является непосредственный контроль КМП, осуществляемый, например, заведующим отделением, организационно-методическим отделом. В последние годы активно разрабатывается метод социологических исследований, имеющий целью выяснить мнение пациентов – потребителей о КМП, который позволяет судить о степени реализации потребностей респондентов в медицинских услугах, получить данные об эффективности деятельности медицинского персонала.

Заключая обзор литературных данных, касающихся проблемы КМП, необходимо подчеркнуть, что вопросы оценки качества медицинской помощи остаются актуальной, дискуссионной проблемой, о чем свидетельствуют многочисленные исследования, касающиеся как мнения врачей, организаторов здравоохранения, так и мнения пациентов. Здравоохранение является одним из наиболее значимых и приоритетных направлений деятельности государства, основные задачи которого:

- повышение уровня здоровья населения;
- обеспечение потребностей населения в социальном обслуживании и социальной поддержке;
- обеспечение продуктивной занятости и достойных условий труда;
- воспроизводство и развитие потенциала трудовых ресурсов;
- повышение материального уровня жизни населения.

Несмотря на достигнутые в последние годы результаты в разработке мероприятий по обеспечению КМП, критериев ее оценки и способов повышения, проблема КМП далека от разрешения. Многоплановость проблемы КМП, постоянное изменение требований к уровню оказываемой медицинской помощи диктуют необходимость разработки критериев и методологических форм оценки качества, эффективных мер управления качеством в различных структурных подразделениях здравоохранения. Перечисленные проблемы, связанные с КМП, особенно актуальны для диагностических центров как учреждений, созданных в нашей стране для повышения эффективности и качества медицинской помощи.

Решение данных задач, наряду с проведением мероприятий социальной направленности по повышению заработной платы и увеличению занятости населения, будет способствовать последовательному повышению уровня и качества жизни населения, сокращению бедности, обеспечению всеобщей доступности основных социальных услуг

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] : в 2 т. ; пер. с англ. / А. Маршалл. Т. 1. – 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]. URL: <http://nozdreva.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.

Ключевые слова

Качество; качество медицинской помощи; производственная линия; структурный подход; процессуальный подход.

Оганджянн Марине Володяевна

РЕЦЕНЗИЯ

Вопросы качества оказания платных медицинских услуг и предпринимательской деятельности диагностических центров являются в настоящее время актуальной научной задачей. По мнению ведущего эксперта Всемирной организации здравоохранения Х.В. Вуори, создание системы постоянного обеспечения качества медицинского обслуживания с учетом социальных, экономических, региональных и профессиональных особенностей каждого государства является в настоящее время важнейшей потребностью практической медицины.

Повышение качества медицинской помощи (КМП) – главная цель и одна из важнейших сторон организации крупных, многопрофильных консультативно-диагностических центров.

Вопросы качества оказания платных медицинских услуг и предпринимательской деятельности диагностических центров представляет собой исследование, в которой достаточно полно отражены и обоснованы содержащиеся в ней соответствующие теме исследования положения, выводы и рекомендации, их новизна и значимость. По единственному мнению многих авторитетных специалистов, понятие КМП следует использовать не в общем универсальном смысле, а применительно к конкретному больному, виду медицинской деятельности, структурному медицинскому подразделению или лечебно-профилактическому учреждению в целом.

В рыночных условиях использование в здравоохранении такой «немедицинской» трактовки понятия качества не только закономерно, но и необходимо. Действительно, одна и та же продукция (работа, услуга) различных медицинских учреждений может существенно отличаться, а соответственно от ее качества зависит и ее цена, что крайне важно для всех участников медицинского процесса: государству, лечебно-профилактическому учреждению, пациенту, экспертам. Различные оценочные критерии (со стороны пациентов, врачей и органов управления, экспертов) также имеют 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».

Макеенко И.П., к.э.н., кафедра «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»)