

Таблица 7

Острота зрения обоих глаз в момент и после обращения пострадавших за медицинской помощью (в %)

Зрение	В момент обращения		После обращения	
	Правый глаз	Левый глаз	Правый глаз	Левый глаз
0	1.8	1.3	1.2	0.5
0,03	0.3	-	—	0.2
0,06	0.5	0.3		0.2
0,08	0.3	0.3	—	0.2
0,11	1.5	1.5	0,5	0.2
0,15	0.3	-	-	-
0,2...	0.5	0.5	0.7	
0,3	1.8	2.3	0.2	0.5
0,4	1.8	2.3	0.5	0.2
0,5	0.8	1.0	0.2	0.5
0,6	5.0	2,5	1.5	0>7
0,7	7.8	8.3	3.7	3.2
0,8	4.8	6.3	4.2	4.9.
0,9	5.3	7.0	6.9	10.4
1,0	67.9	66.3	80.2	78.0

вреждениях глаз (81,8%). Наличие операции при лечении достоверно зависело от вида повреждения ($p < 0,0001$).

Заключение. На продолжительность глазной травмы статистически значимо влияли возраст травмированного и диагноз ($p < 0,0001$). При этом две трети рабочих были нетрудоспособны в связи с повреждением глаз не более недели (75,3%). Более продолжительно протекало лечение проникающих ранений глазного яблока, особенно у мужчин в возрасте до 18 лет и от 30 до 39 лет, а также старше 60 лет. Каждая пятая травма с проникающим повреждением органа зрения длилась более 20 дней.

Подавляющее большинство всех непроизводственных травм органа зрения заканчивалось выздоровлением (95,5%), лишь 1,1% травм (случай повреждения глаза инородным телом) приводили к инвалидности. Пол, возраст и диагноз травмы глаз рабочих не имели достоверного влияния на исход лечения ($p > 0,05$). Острота зрения левого глаза после лечения улучшилась на 21,8%, а правого — на 15,0%.

Конфликт интересов отсутствует.

References (Литература)

1. Anina EI, Levtyukh VI. Main types of heavy pathology of an organ of vision at elderly people. In: Effective meth-

ods of diagnostics and treatment at heavy pathology of an organ of vision. Odessa, 1985; 81–83. Russian (Анина Е.И., Левтюх В.И. Основные виды тяжелой патологии органа зрения у лиц пожилого возраста. В кн.: Эффективные методы диагностики и лечения при тяжелой патологии органа зрения. Одесса, 1985; 81–83 с.)

2. Komarov FI, Nesterov AP, Margolis MG. Patologiya of an organ of vision at the general diseases. M.: Medicine, 1982; 288 p. Russian (Комаров Ф.И., Нестеров А.П., Марголис М.Г. Патология органа зрения при общих заболеваниях. М.: Медицина, 1982; 288 с.)

3. Marmylyov AL. Medico-social aspects eye to traumatism. In: Health of the population of Kronstadt: Medico-social and organizational problems. SPb, 1995; 137–141. Russian (Мармылёв А.Л. Медико-социальные аспекты глазного травматизма. В кн.: Здоровье населения Кронштадта: медико-социальные и организационные проблемы, СПб., 1995; 137–141 с.)

4. Marmylyov AL. Kachestvo of health of organized children of the North and Northwest of Russia. In: The medico-social help to a family during reforming of health care in Russia. Ivanovo, 1995; 142–143. Russian (Мармылев А.Л. Качество здоровья организованных детей Севера и Северо-Запада России. В кн.: Медико-социальная помощь семье в период реформирования здравоохранения в России. Иваново, 1995; 142–143 с.)

5. Puchkovskaya NA. Oftalmogeriatriya. M.: Medicine, 1982; 304 p. Russian (Пучковская Н.А. Офтальмогериятрия. М.: Медицина, 1982; 304 с.)

УДК 616.12–008.46–036.12–06:616–005.4:611/018/834:616.89–008.45] –072 (045)

Оригинальная статья

ФОРМИРОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ ОСНОВЫ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ САНАТОРИЯ

М. В. Кизеев — Федеральное государственное учреждение «Санаторий «Решма» Федерального медико-биологического агентства, главный врач; **В. Е. Луговой** — ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации — Федеральный медицинский биофизический центр им. А. И. Бурназяна» ФМБА России, Институт последипломного профессионального образования, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения, доктор медицинских наук.

FORMATION OF AN ORGANIZATIONAL FRAMEWORK FOR THE MEDICAL AND ECONOMIC ANALYSIS OF THE RESORT

M. V. Kizeev — Federal State Institution resort "Reshma" of Federal Medical-Biological Agency, Head Physician; **V. E. Lugovoy** — Federal Medical and Biophysical Center n.a. A. I. Burnazyan, Department of public health and health care, Professor, Doctor of Medical Sciences.

Дата поступления — 10.11.2014 г.

Дата принятия в печать — 10.12.2014 г.

Кизеев М. В., Луговой В. Е. Формирование организационной основы для проведения медико-экономического анализа деятельности санатория. Саратовский научно-медицинский журнал 2014; 10 (4): 719–725.

Цель: представить медико-экономический анализ деятельности санатория на современном этапе и определить пути ее оптимизации. **Материал и методы:** Использовались методы: медико-статистический, аналитический, медико-экономического анализа, экспериментальный. **Результаты.** В ходе исследования определены основные пути совершенствования деятельности санатория, установлены направления оптимизации деятельности с целью повышения его медико-экономической эффективности. **Заключение.** Проведенная в ходе исследования оценка состояния медико-экономической эффективности деятельности санатория позволила разработать комплекс предложений по оптимизации управления издержками санатория в условиях глобального кризиса, в результате чего за период эксперимента достигнута медико-социальная и экономическая эффективность за счет снижения числа случаев нарушений качества по итогам ЭКМП (на 15,2%), повышения результативности работы учреждения (на 16,7%), снижения экономических потерь (на 18,9%).

Ключевые слова: здоровье, организация, экономический анализ, медицинская помощь.

Kizeev MV, Lugovoy VE. Formation of an organizational framework for the medical and economic analysis of the resort. Saratov Journal of Medical Scientific Research 2014; 10 (4): 719–725.

The aim of the article is to provide medical and economic analysis of the resort at the present stage and to identify ways to optimize. **Material and methods:** medical and statistical, analytical, medical and economic analysis, experimental. **Results.** The study identified the main ways to improve the activity of a sanatorium, set the direction of optimization activities in order to improve its health and economic efficiency. **Conclusions.** Carried out in the study assessment of medical and economic efficiency of the sanatorium, has allowed to develop a set of proposals to optimize the cost management of the sanatorium in the global crisis, resulting in the period of the experiment reached medico-social and economic efficiency by reducing the number of violations on the basis of quality EKMP (15.2%), increasing the effectiveness of the institution (16.7%), reducing economic losses (18.9%).

Key words: health, organization, economic analysis, medical care.

Введение. Сохранение здоровья населения на современном этапе социально-экономического развития общества в условиях функционирования обязательного, добровольного медицинского страхования и расширения количества платных медицинских услуг требует системного анализа экономических аспектов оказания медицинской помощи с позиций экономической целесообразности и медицинской эффективности.

Материал и методы. Медико-экономический анализ деятельности любого учреждения включает несколько основных моментов, наиболее значимыми из которых являются:

— формирование рабочей группы по проведению медико-экономического анализа в которую войдут: главный экономист, зам. главного врача санатория по лечебной работе, маркетолог, бухгалтер; внесение дополнений в функциональные обязанности менеджеров санатория по ведению управленческого учета;

— внедрение формы управленческого учета затрат, выделенных как наиболее значимые для достижения эффективности показателей медицинской и экономической деятельности подразделений санатория [1–4].

В ходе настоящей работы использовались следующие методы анализа и обработки данных: статистический метод, аналитический метод, метод эксперимента.

Результаты. Алгоритм управленческого учета затрат в расчете на одну комплексную услугу (путевку) и службу (подразделение) с позиции их эффективности включает следующий действия:

1. Классификация затрат по группам:
 - 1-я группа: а) нормативные (расчетные); б) сверхнормативные;
 - 2-группа: а) прямые; б) накладные;
 - 3-группа: а) затраты на лечебно-оздоровительные мероприятия по основной патологии; б) затраты на лечебно-оздоровительные мероприятия по сопутствующей патологии; в) затраты на диагностические мероприятия по основной патологии; г) затраты на диагностические мероприятия по сопутствующей патологии; д) затраты на проведение культурно-массовых мероприятий; е) затраты на услуги коммунально-бытового характера и управление.
2. Заполнение по каждому случаю реабилитации пациентов «Карты затрат»:

Карта затрат

Карта №
 ФИО пациента (Ки)
 Поступил
 ФИО врача
 Отделение:
 Диагноз:
 Выписан
 Диагноз:
 Примененные технологии
 Лечебные:
 Диагностические:
 Организационные:
 Реабилитационные:

Группировка затрат по направлениям медицинской деятельности может быть оформлена в виде таблицы:

3. Сортировка случаев оказания реабилитационных услуг на группы: А) по наличию отклонений затрат

Ответственный автор — Кизеев Михаил Владимирович
 Тел. (09331) 21205
 E-mail: zmvk@mail.ru

Перечень оказанных простых услуг и прочих переменных затрат	Количество единиц	Затраты нормативные	Затраты сверхнормативные
Итого Переменные затраты Постоянные затраты Сверхнормативные затраты			

от нормативных в сторону увеличения; Б) по наличию превышения выручки от оказания услуг над затратами.

4. Сортировка случаев оказания реабилитационных услуг, дифференцированных с учетом уровня затрат и выручки по подразделениям.

5. Сортировка случаев оказания реабилитационных услуг, дифференцированных с учетом уровня затрат и выручки по производителям услуг.

6. Сортировка случаев оказания реабилитационных услуг, дифференцированных с учетом уровня затрат по получателям услуг (пациентам); в) затраты на диагностические мероприятия по основной патологии; г) затраты на диагностические мероприятия по сопутствующей патологии; д) затраты на проведение культурно-массовых мероприятий; е) затраты на услуги коммунально-бытового характера и управление.

В работе проанализировано внедрение оценки медико-экономической эффективности деятельности подразделений санатория. Оно включает следующий алгоритм действий:

1. Сбор информации о фактическом состоянии медико-экономических показателей в разрезе подразделений с использованием следующей шкалы. В

качестве нормативных (базовых) показателей затрат берутся значения, полученные в ходе исследования по случаям с успешным медицинским и экономическим результатом (табл. 1).

Определяется также соотношение коэффициентов медицинской, экономической и социальной эффективности. Оптимальным, по данным нашего исследования, считается соотношение: 2,5: 2; 2.

2. Сопоставление фактического уровня показателей с нормативными и предыдущего периода, определение отклонений.

3. Выделение 7 видов производственных зон:

«с оптимальной медико-социальной и высокой экономической эффективностью»,

«с высокой медико-социальной и оптимальной экономической эффективностью»,

«с высокой медико-социальной и экономической эффективностью»,

«с оптимальной медико-социальной и низкой экономической эффективностью»,

«с низкой медико-социальной и оптимальной экономической эффективностью»,

«с низкой медико-социальной и низкой экономической эффективностью»,

«с оптимальной медико-социальной и низкой экономической эффективностью».

Уделялось внимание и вопросу внедрения оценки состояния кадрового ресурса санатория как фактора обеспечения медико-экономической эффективности, включающей:

1) мониторинг состояния кадрового ресурса санатория по предложенной карте оценки; 2) выделение отклоняющихся характеристик персонала.

Отдельным вопросом стояло изучение внедрения оценки характеристик пациентов (потребителей услуг) как фактора обеспечения медико-экономической

Таблица 1

Показатель	Коэффициент в расчете в среднем на 100 услуг / отклонение от норматива	Коэффициент в расчете в среднем по подразделению / отклонение от норматива	Оценка в баллах
Показатели экономической эффективности			
1. Затраты на лечебно-оздоровительные мероприятия по основной патологии	$K_{Злоо} = \text{затраты фактические} / \text{затраты нормативные} * 100\%$	$K_{Злоо} = \text{затраты фактические} / \text{затраты нормативные} * 100\%$	Менее 75% — 1 балл. 75–90% — 2 балла. Более 90% — 3 балла
2. Затраты на лечебно-реабилитационные мероприятия по сопутствующей патологии	$K_{Злос} = \text{затраты фактические} / \text{затраты нормативные} * 100\%$	$K_{Злос} = \text{затраты фактические} / \text{затраты нормативные} * 100\%$	Менее 75% — 1 балл. 75–90% — 2 балла. Более 90% — 3 балла
3. Затраты на консультативно-диагностические мероприятия по основной патологии	$K_{Зкдо} = \text{затраты фактические} / \text{затраты нормативные} * 100\%$	$K_{Зкдо} = \text{затраты фактические} / \text{затраты нормативные} * 100\%$	Менее 75% — 1 балл. 75–90% — 2 балла. Более 90% — 3 балла
4. Затраты на консультативно-диагностические мероприятия по сопутствующей патологии	$K_{Зкдс} = \text{затраты фактические} / \text{затраты нормативные} * 100\%$	$K_{Зкдс} = \text{затраты фактические} / \text{затраты нормативные} * 100\%$	Менее 75% — 1 балл. 75–90% — 2 балла. Более 90% — 3 балла
5. Объем дополнительно приобретенных (сверхнормативных) услуг (абс.)	ДПУ= общее количество оказанных услуг (абс.) — количество простых услуг по нормативу (абс.) / общее количество оказанных услуг (абс.) * 100%	ДПУ= общее количество оказанных услуг (абс.) — количество простых услуг по нормативу (абс.) / общее количество оказанных услуг (абс.) * 100%	Менее 1% — 1 балл. До 5% — 2 балла. Более 5% — 3 балла
6. Валовая прибыль	ВП= общее количество оказанных услуг (в руб.) — количество простых услуг по нормативу (в руб.) / общее количество оказанных услуг (руб.) * 100%	ВП= общее количество оказанных услуг (в руб.) — количество простых услуг по нормативу (в руб.) / общее количество оказанных услуг (руб.) * 100%	Менее 1% — 1 балл. До 5% — 2 балла. Более 5% — 3 балла
Итого	Коэффициент экономической эффективности: количество баллов фактическое / 18 * 100%. Оценка: менее 75% — низкий уровень; 75–90% — ниже оптимального; более 90% — оптимальный		

Показатель	Коэффициент в расчете в среднем на 100 услуг / отклонение от норматива	Коэффициент в расчете в среднем по подразделению / отклонение от норматива	Оценка в баллах
Показатели медицинской эффективности			
1. Изменение реабилитационного прогноза на 100 пациентов	ИРП=число пациентов с положительной динамикой / число пациентов с отрицательной динамикой или ее отсутствием * 100%	ИРП=число пациентов с положительной динамикой / число пациентов с отрицательной динамикой или ее отсутствием * 100%	Менее 75% — 1 балл 75–90% — 2 балла. Более 90% — 3 балла
2. Изменение реабилитационного резерва на 100 пациентов	ИРР=число пациентов с положительной динамикой / число пациентов с отрицательной динамикой или ее отсутствием * 100%	ИРР=число пациентов с положительной динамикой / число пациентов с отрицательной динамикой или ее отсутствием * 100%	Менее 75% — 1 балл 75–90% — 2 балла. Более 90% — 3 балла
3. Качество помощи (по отклонениям от алгоритмов и стандартов) на 100 пациентов	КП= число случаев без отклонений от стандартов (без дефектов) / число случаев общее * 100%	КП= число случаев без отклонений от стандартов (без дефектов) / число случаев общее * 100%	Менее 75% — 1 балл 75–90% — 2 балла. Более 90% — 3 балла
Итого	коэффициент медицинской эффективности: Количество баллов фактическое / 9 * 100%. Оценка: менее 75% — низкий уровень; 75–90% — ниже оптимального; более 90% — оптимальный		
Показатели социальной эффективности			
Число пациентов, не имеющих устных и письменных рекламаций (жалоб) на ненадлежащее качество оказываемых услуг) на 100 пациентов	Число пациентов не имеющих устных и письменных рекламаций (жалоб) на ненадлежащее качество оказываемых услуг) / общее количество пациентов –100%	Число пациентов, не имеющих устных и письменных рекламаций (жалоб) на ненадлежащее качество оказываемых услуг) / общее количество пациентов –100%	Менее 75% — 1 балл 75–90% — 2 балла. Более 90% — 3 балла
Число пациентов с положительным эмоциональным, психологическим результатом от полученной санаторной помощи	Число пациентов с положительным эмоциональным, психологическим результатом от полученной санаторной помощи / общее количество пациентов *100%	Число пациентов с положительным эмоциональным, психологическим результатом от полученной санаторной помощи / общее количество пациентов *100%	Менее 75% — 1 балл 75–90% — 2 балла. Более 90% — 3 балла
Число медицинских работников санатория с положительным эмоциональным, психологическим результатом (удовлетворенностью) от оказанной помощи	Число медицинских работников санатория с положительным эмоциональным, психологическим результатом (удовлетворенностью) от оказанной помощи / общее количество случаев *100%	Число медицинских работников санатория с положительным эмоциональным, психологическим результатом (удовлетворенностью) от оказанной помощи / общее количество случаев *100%	Менее 75% — 1 балл 75–90% — 2 балла. Более 90% — 3 балла
Итого	Коэффициент социальной эффективности: количество баллов фактическое / 9 * 100%. Оценка: менее 75% — низкий уровень; 75–90% — ниже оптимального; более 90% — оптимальный		
Интегральная оценка эффективности	Количество баллов фактическое / 36 * 100%. Оценка: менее 75% — низкий уровень; 75–90% — ниже оптимального; более 90% — оптимальный		

эффективности и внедрения системы прогноза и коррекции риска снижения медико-экономической эффективности и увеличения издержек (табл. 2).

Табл. 2

Риски	Градации и оценка	Поправочный коррекционный коэффициент прогноза увеличения затрат
Политические и экономические (маркетинговые, финансовые) риски		
Объем финансирования	1. Возможность увеличения	0,1
	2. На прежнем уровне	0,3
	3. Возможность снижения	0,9
Поддержка собственником	Долгосрочная на развитие	0,1
	Среднесрочная на поддержание	0,3
	Не определенная позиция, возможность сокращения	0,9
Вероятность изменения спроса на услуги	Высокая вероятность снижения спроса	0,1
	Средняя	0,3
	Низкая	0,9

Риски	Градации и оценка	Поправочный коррекционный коэффициент прогноза увеличе- ния затрат
Юридические риски		
Внешние	Возможность высокозатратных исков со стороны СМК, ФСС и контролирующих органов в связи с наличием отклонений от нормативов (стандартов помощи, САНПиНов, и др.) вплоть до временного приостановления деятельности	0,1
	Возможность исков по не существенным отклонениям с небольшими затратами	0,3
	Отсутствие вероятности исков или форс-мажор	0,9
Внутренние	Возможность затрат в связи с множественными (групповыми) исками работников при наличии трудовых противоречий	0,1
	Возможность затрат с единичными исками работников	0,3
	Отсутствие вероятности затрат в связи с отсутствием трудовых противоречий	0,9
Технические риски		
Общие — технические	Возможность системного сбоя системы технических коммуникаций в связи с большим уровнем ее износа	0,1
	Возможность локальных сбоев (форс-мажор)	0,3
	Отсутствие прогноза сбоев в связи с хорошим состоянием систем	0,9
Общие — ресурсные	Возможность системного сбоя поставки ресурсов (энергетических и др.)	0,1
	Возможность локальных сбоев (форс-мажор)	0,3
	Отсутствие прогноза сбоев в связи с долгосрочными договорами с надежными партнерами	0,9
Технические — лечебно-оздоровительные	Возможность системного сбоя в связи с большим уровнем износа оборудования	0,1
	Возможность локальных сбоев (форс-мажор)	0,3
	Отсутствие прогноза сбоев в связи с хорошим состоянием оборудования	0,9
Технические — диагностические	Возможность системного сбоя в связи с большим уровнем износа оборудования	0,1
	Возможность локальных сбоев (форс-мажор)	0,3
	Отсутствие прогноза сбоев в связи с хорошим состоянием оборудования	0,9
Технические — культурные	Возможность системного сбоя в связи с большим уровнем износа оборудования	0,1
	Возможность локальных сбоев (форс-мажор)	0,3
	Отсутствие прогноза сбоев в связи с хорошим состоянием оборудования	0,9
Технические — вспомогательные	Возможность системного сбоя в связи с большим уровнем износа оборудования	0,1
	Возможность локальных сбоев (форс-мажор)	0,3
	Отсутствие прогноза сбоев в связи с хорошим состоянием оборудования	0,9
Медицинские риски		
Возраст пациента	До 20 лет	0,1
	20–50 лет	0,3
	Старше 50	0,9
Пол пациента	Мужчины	0,1
	Женщины	0,3
Наличие сопутствующих заболеваний	Более двух	0,1
	Одно-два	0,3
	Нет	0,9

Риски	Градации и оценка	Поправочный коэффициент прогноза увеличения затрат
Приверженность пациента лечению	Низкая	0,1
	Средняя	0,3
	Высокая	0,9
Уровень медицинской информированности пациентов	Низкая	0,1
	Средняя	0,3
	Высокая	0,9
Коммуникационная культура медицинского персонала	Низкая	0,1
	Средняя	0,3
	Высокая	0,9
Производительность труда (использование рабочего времени)	Низкая	0,1
	Средняя	0,3
	Высокая	0,9
Уровень трудовой дисциплины медперсонала	Низкий (систематические нарушения)	0,1
	Средний (единичные нарушения)	0,3
	Высокий (нет нарушений)	0,9
Уровень качества помощи	Низкий (систематические нарушения)	0,1
	Средний (единичные нарушения)	0,3
	Высокий (нет нарушений)	0,9
Уровень удовлетворенности пациентов	Низкий	0,1
	Средний	0,3
	Высокий	0,9
Социально-психологические риски		
Уровень социально-психологического климата в рабочей группе (подразделении)	Неблагоприятный	0,1
	Ближе к благоприятному	0,3
	Благоприятный	0,9

Для оценки рисков снижения эффективности медико-экономической деятельности санатория предлагается использовать следующую шкалу:

Обсуждение. Таким образом, в ходе работы установлено, что для управления политическими рисками нарушения медико-экономической эффективности деятельности санатория рекомендуется: выработать внутреннюю политику организации, сформировать благоприятную внешнюю деловую среду (партнеры и т.д.), наладить эффективное взаимодействие с властными структурами и общественными медицинскими организациями.

Для управления *юридическими рисками* нарушения медико-экономической эффективности деятельности санатория рекомендуется: привлекать для оформления документов специалистов, имеющих практический опыт работы в этой области; планировать и выделять финансовые средства для привлечения высококвалифицированных консультантов.

Для управления *техническими рисками* нарушения медико-экономической эффективности деятельности санатория рекомендуется: обеспечить получение гарантий от поставщиков о сервисном обслуживании медицинского и иного оборудования, использовать принцип заключения контрактов на строительство, ремонт на условии «под ключ» с санкциями за неувязки и срывы сроков; выделение

достаточных финансовых средств для приобретения высококачественного оборудования; страхование технических рисков.

Для управления *медицинскими рисками* нарушения медико-экономической эффективности деятельности санатория рекомендуется: разработка дизайн-концепции медицинского процесса реабилитации с выделением различного типа программ, дифференцированных на разный уровень запросов пациентов, и разработкой экономически выгодного ассортиментного портфеля услуг; внедрение и реализация современных стандартов медицинской деятельности, разработка и использование системы контроля качества медицинских услуг на разных этапах оказания услуг; подготовка квалифицированных кадров по целевому принципу; страхование профессиональных рисков; обучение медицинского персонала принципам тайм-менеджмента и эффективного общения.

Для управления *социально-психологическими рисками* нарушения медико-экономической эффективности деятельности санатория рекомендуется: проводить подбор и обучение кадров, выработать механизм стимулирования работников, разработать эффективный подход к формированию и распределению фонда оплаты труда, совершенствовать систему информированности коллектива.

Для управления *маркетинговыми рисками* нарушения медико-экономической эффективности деятельности санатория рекомендуется: создание сильной маркетинговой службы, разработка маркетинговой стратегии, разработка и реализация ассортиментной политики и новых технологий, управление по результатам, формирование благоприятного имиджа организации.

Для управления *финансовыми рисками* нарушения медико-экономической эффективности деятельности санатория рекомендуется: разработка инвестиционно-финансовой стратегии организации с целью попадания в зону прибыльного функционирования, проведение комплекса мер по поиску инвестиционных и кредитных ресурсов.

Заключение. Таким образом, материалы исследования позволили оценить состояние медико-экономической эффективности деятельности санатория, установить возможные резервы, а также установить факторы, оказывающие влияние, разработать комплекс предложений по оптимизации управления издержками санатория в условиях глобального кризиса. Апробация предложенных мероприятий проведена в условиях организационного эксперимента на базе ООО Санаторий «Зеленый городок» в течение 2009 г. В ходе эксперимента апробировано использование мер комплексной коррекции основных факторов, определяющих медико-экономическую эффективность деятельности санатория. По итогам эксперимента (за календарный год с 1.01.09 г. по 1.01.10 г.) достигнута медико-социальная и экономическая эффективность за счет снижения числа случаев нарушений качества по итогам ЭКМП (на 15,2%), повысилась результативность работы учреж-

дения (на 16,7%), снизились экономические потери (на 18,9%).

Конфликт интересов отсутствует

References (Литература)

1. Petrosov SN, Trifonova NY, Concept of development of modern treatment-and-prophylactic establishment. Modern problems of science and education 2014; 9 (1). <http://www.science-education.ru>. Russian (Петросов С. Н., Трифонова Н.Ю. Концепция развития современного лечебно-профилактического учреждения. Современные проблемы науки и образования 2014; 9 (1). <http://www.science-education.ru>).

2. Pozdnyakova MA, Golod SO, Semisinov SO, et al. Quality of life and state of health of the Volga Federal District. In: Collection of scientific works "Actual problems of management of health of the population". Nizhny Novgorod, 2009; (2): 295–301. Russian (Позднякова М.А., Голод С. О., Семисынов С. О. и др. Качество жизни и состояние здоровья Приволжского федерального округа. В сб. науч. трудов «Актуальные проблемы управления здоровьем населения». Нижний Новгород, 2009; (2): 295–301.).

3. Polubentseva EI, Ulumbekova GE, Saytkulov KI. Clinical recommendations and indicators of quality in a control system of quality of medical care: Methodical recommendations. M.: GEOTAR of Media, 2007; 60 p. Russian (Полубенцева Е.И., Улумбекова Г.Э., Сайткулов К.И. Клинические рекомендации и индикаторы качества в системе управления качеством медицинской помощи: методические рекомендации. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007; 60 с.).

4. Sergeyko IV, Nemstveridze EY, Trifonova NY, et al. Reforms of the legislation in health sector: review of normative documents and comments. In: Modern problems of science and education. 2014; (1). <http://www.science-education.ru> Russian (Сергейко И.В., Немсцверидзе Э.Я., Трифонова Н.Ю. и др. Реформы законодательства в сфере здравоохранения: обзор нормативных документов и комментарии. В кн.: Современные проблемы науки и образования. 2014; (1). <http://www.science-education.ru>).

УДК 614.1

Оригинальная статья

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В СЕЛИТЕБНОЙ ЗОНЕ ПРЕДПРИЯТИЯ ПО УТИЛИЗАЦИИ РАКЕТНЫХ ДВИГАТЕЛЕЙ

С. Ю. Тараканова — ФГБУЗ «Центральная детская клиническая больница Федерального медико-биологического агентства», главный врач.

THE MAIN INDICATORS OF THE HEALTH OF CHILDREN AND ADOLESCENTS IN A RESIDENTIAL ZONE OF THE FACILITY FOR DISPOSAL OF ROCKET ENGINES

S. Y. Tarakanova — Central children's clinical hospital of biomedical agency, Chief doctor.

Дата поступления — 12.11.2014 г.

Дата принятия в печать — 10.12.2014 г.

Тараканова С. Ю. Основные показатели здоровья детей и подростков в жилой зоне предприятий по утилизации ракетных двигателей. Саратовский научно-медицинский журнал 2014; 10 (4): 725–727.

Цель: оценить состояние здоровья детского населения в районе расположения предприятия по утилизации ракетных двигателей твердого топлива. **Материал и методы.** Проанализированы официальные отчетные формы учреждений здравоохранения за период 2010–2012 гг. Статистическая обработка данных проведена общепринятыми для таких исследований методами. **Результаты.** Показано отсутствие влияния работы предприятия на здоровье детей и подростков. Количество здоровых детей составило от 26,0 до 39,5%. Основной причиной инвалидизации детей являются болезни нервной системы и психические расстройства, врожденные аномалии. **Заключение.** Эксплуатация предприятия по утилизации ракетных двигателей твердого топлива, по данным официальных отчетных форм медицинских учреждений, не оказывает влияния на здоровье детского населения.

Ключевые слова: детское население, здоровье, ракетные двигатели, Федеральное медико-биологическое агентство.

Tarakanova SY. The main indicators of the health of children and adolescents in residential zone of the facility for disposal of rocket engines. Saratov Journal of Medical Scientific Research 2014; 10 (4): 725–727.

Aim: to evaluate the health of the children population in the area of the site location for disposal of rocket engines solid fuel. **Material and methods.** Analyzed the official reporting form health institutions for the period 2010–2011. Statistical processing of data was carried out generally accepted for such research methods. **Results.** The lack of influence of the enterprise on the health of children and adolescents. The number of healthy children ranged from 26.0 per cent to