

Категория: Качество и ресурсы здравоохранения

Опубликовано: Пятница, 17 мая 2024, 11:24

Автор: Андрей Таевский

Просмотров:

1682

Инструментов управления качеством в наши дни используется немало. Многие из них пригодны для применения в здравоохранении и медицинской деятельности. Они помогают добиваться улучшений в деятельности медицинских организаций и системы здравоохранения. Однако достичь намеченных целей в области качества получается далеко не у всех руководителей.

Причин тому множество, начиная с преследования ложных целей и заканчивая неэффективным расходом ресурсов. В их числе – неправильное применение инструментов управления качеством, что является следствием недостаточно глубокого понимания сути выбранного инструмента и его предназначения. Без учёта естественных ограничений и соблюдения условий применения инструмента, невозможно полностью раскрыть и использовать его потенциал.

Настоящая публикация продолжает серию, в которой рассматривается такой интересный, на мой взгляд, инструмент управления качеством, как рейтинг. В первой работе серии, [«Рейтинг на основе ключевых показателей как инструмент управления качеством»](#) [1], было раскрыто его смысловое содержание.

### Теоретический базис рейтинга

**Рейтинг** представляет собой исследование, суть которого заключается в ранжировании заведомо ограниченной группы сходных объектов на основе оценок их значимых характеристик специально подготовленного перечня [1].

Суть рейтинга позволяет понять его сопоставление с похожими инструментами управления качеством, широко применяющимися в здравоохранении – конкурсом, премией и мониторингом показателей. На конкурс и премию рейтинг похож своим соревновательным духом, а на мониторинг – директивно обязательным участием и акцентированием внимания на показателях.

Показатели при включении в рейтинг тщательно отбираются и приводятся в строгую систему с выходом на комплексную оценку деятельности, что отличает рейтинг от конкурса и мониторинга. При мониторинге отслеживаются отдельные показатели. Их может быть много, однако комплексной оценки объектов и их ранжирования на основе этой оценки, как в рейтинге, при этом не производится. От премии, как и от конкурса, рейтинг отличает обязательное участие определённой группы объектов.

Различаются и способы определения победителей. Победители в конкурсе

Категория: Качество и ресурсы здравоохранения

Опубликовано: Пятница, 17 мая 2024, 11:24

Автор: Андрей Таевский

Просмотров:

1682

определяются голосованием специально подобранного жюри и/или широкой аудитории. Премию назначает её устроитель, определяя победителя собственным решением, принимаемым на основании публичных критериев, но в закрытом обсуждении. В рейтинге же открыто побеждают те, чья комплексная оценка по ключевым показателям объективно выше, чем у других.

**Условия успешного применения рейтинга** в целях улучшения качества в здравоохранении и медицинской деятельности следующие:

1. Ясная публичная цель, связанная миссией, целями и политикой в области качества.
2. Грамотное моделирование исследования с опорой на надёжный теоретический базис и практический опыт привлекаемых к его проведению специалистов.
3. Чётко очерченный контингент участников и, при необходимости, их категоризация на основании признака, оказывающего наибольшее влияние на результат.
4. Тщательно выверенная иерархическая система оценочных критериев, включающая в себя важнейшие традиционные показатели качества деятельности и показатели, отражающие актуальные управленческие задачи.
5. Решение проблемы измерения, в т.ч. использование надёжных источников информации, установленные способы расчёта первичных значений для каждого показателя и верификация данных.
6. Стандартизация показателей путём применения универсальной методики приведения первичных значений показателей в заданный диапазон.
7. Исчерпывающее информационно-методическое сопровождение участников.
8. Применение обоснованных нормативов (целевых значений) для каждого показателя.
9. Обеспечение достаточной гибкости исследования, в т.ч. за счёт возможности избирательного отключения неприменимых к тому или иному объекту параметров.
10. Организация проведения рейтинга, в т.ч. формирование и установление необходимых документов.
11. Организация сбора, верификации и аналитической обработки данных с распределением полномочий, включая ответственность за чистоту рейтинга.
12. Применение средств автоматизации для формирования рейтинга, включая сбор, хранение, верификацию и системный анализ данных, ранжирование участников.
13. Моральное и материальное поощрение участников рейтинга, в т.ч. призёров в общем рейтинге и в рейтинге по категориям участников (в случае категоризации).
14. Использование сводной таблицы результатов в управлении в

---

качестве основы для принятия управленческих решений, направленных на улучшение качества.

15. Практика регулярного проведения рейтинга с его систематическим улучшением на основе анализа опыта его применения.

Список выглядит пугающе внушительным. Однако не стоит его бояться, поскольку все присутствующие в нём позиции были не раз реализованы на практике, а сопутствующие проблемы решены. Кое в чём разобраться, я надеюсь, коллегам поможет и настоящий цикл публикаций.

Отдельные позиции в приведённом перечне условно можно разнести на три группы: концептуальные, организационные и технические. Первые мы преимущественно разобрали в первой публикации серии[1] и вкратце повторили выше. Вторым посвящена эта работа.

Нелишним будет напомнить, что настоящий цикл публикаций посвящён рейтингу на основе ключевых показателей, что подразумевает проведение комплексной оценки деятельности участвующих в рейтинге объектов. Однако всё, о чём идёт речь, относимо также и к тематическим рейтингам – при условии, что их тематика будет внятно сформулирована.

### **Пример организации рейтинга на региональном уровне**

Разобрать организационные аспекты рейтинга лучше на успешном примере. Для этого подходит ежегодный региональный рейтинг здравоохранения муниципальных образований Иркутской области (далее – М.О.). Я упоминал его в публикации [«Фокусы качества. Качество здравоохранения»](#)[2]. Рассмотрим его организацию в деталях.

**Рейтинг и мониторинг – два в одном.** Рейтинг назывался «мониторингом основных показателей состояния здравоохранения и здоровья населения».

Здесь нет противоречия, он был и мониторингом, и рейтингом. Рейтинг – потому что проводилась комплексная оценка здравоохранения М.О. на основе примерно сотни важнейших показателей. А мониторингом – по причине регулярного (ежегодного) проведения и отслеживания динамики значений ключевых показателей здравоохранения в разрезе М.О. в управленческих целях.

**Комплексное решение.** Концепция рейтинга, его теоретическая база и практический инструментарий были созданы и предложены Борисом Владимировичем Таевским (кафедра общественного здоровья и здравоохранения Иркутского государственного института усовершенствования врачей, ныне – Иркутский филиал РМАНПО) в нулевых [3, 4].

Категория: Качество и ресурсы здравоохранения

Опубликовано: Пятница, 17 мая 2024, 11:24

Автор: Андрей Таевский

Просмотров:

1682

Решение было комплексным, включавшим в себя все значимые аспекты, от целей и принципов формирования рейтинга до системы оценочных критериев и методики системного анализа данных. Также был разработан автоматизированный аналитический инструментарий в оболочке электронных таблиц.

**Региональное Положение.** Организация и проведение рейтинга осуществлялись региональным органом управления здравоохранением, трижды поменявшим своё наименование на протяжении тех нескольких лет (далее – ОУЗ).

В этих целях было установлено региональное «Положение о мониторинге основных показателей состояния здравоохранения и здоровья населения муниципальных образований Иркутской области в целях оценки результативности и повышения эффективности управления здравоохранением» [5].

**Цель рейтинга.** Помимо запечатанной в название документа цели «оценки результативности и повышения эффективности управления здравоохранением», в тексте его присутствовала ещё одна цель его проведения. Тоже управленческая, но более конкретная, даже технологическая. А именно – «обеспечение эффективного управления муниципальным здравоохранением с использованием принципов управления по отклонениям и проектного управления» [5].

Там же было указано, как должны использоваться результаты мониторинга. Это «выработка рекомендаций по определению приоритетных направлений в развитии здравоохранения» М.О. региона и «рекомендаций по оптимальным организационным решениям в целях повышения доступности и качества медицинской помощи», в т.ч. «для совершенствования тарифной политики и выравнивания условий оказания медицинской помощи в депрессивных М.О.».

**Участие в рейтинге** было обязательным для всех М.О. Иркутской области.

Согласно документу [5], данные для формирования рейтинга предоставлялись в ОУЗ ответственными лицами – руководителями здравоохранения муниципального уровня, в т.ч. начальниками управленческих структур здравоохранения муниципального уровня и главными врачами медицинских учреждений М.О. (далее – ЗМУ) за их подписью.

Руководители ЗМУ несли ответственность за предоставление заведомо ложных сведений в соответствии с действующим законодательством. ОУЗ, в свою очередь, должен был обеспечить сохранность данных и их использование строго по назначению.

Категория: Качество и ресурсы здравоохранения

Опубликовано: Пятница, 17 мая 2024, 11:24

Автор: Андрей Таевский

Просмотров:

1682

Предоставляемая участниками рейтинга информация должна была содержать фактические данные в соответствии с ежегодно утверждаемыми критериями и направляться в ОУЗ в установленном формате к назначенной дате [6].

**Категоризация участников** позволяет сгладить различия, влияющие на показатели. Нельзя сравнивать напрямую систему здравоохранения областного или крупного промышленного центра с сельскими и таёжными, малонаселёнными и удалёнными районами. Необходимо учитывать местную специфику и другие значимые факторы.

Все М.О. Иркутской области были разделены на три категории в зависимости от количества населения. В первую группу в 2008 году вошли 11 М.О. с численностью населения свыше 60 тысяч человек, во вторую – 14 М.О. от 25 до 60 тыс. чел., в третью – 16 М.О. менее 25 тыс. чел.

Для данного региона такое разделение было оптимальным, позволяющим путём простой дифференциации по единственному основанию учесть территориально-географические, социально-демографические и экономические особенности большинства М.О.

В особых случаях производилось отключение неприменимых параметров либо индивидуальная коррекция отдельных нормативов. Конечно с обязательным обоснованием и ответственностью.

**Перечень критериев** включал в себя около ста показателей, число которых несколько варьировалось от года к году. Они были сгруппированы в 7 блоков, закреплённых в Положении о мониторинге [5]:

1. Демографические показатели;
2. Показатели ресурсного обеспечения;
3. Показатели структурной эффективности;
4. Показатели эффективности стационарной помощи;
5. Показатели эффективности догоспитальной помощи;
6. Показатели качества;
7. Особо значимые показатели.

Конкретный перечень критериев утверждался ежегодно отдельным приказом, частично меняясь по составу и взаиморасположению показателей в иерархии в зависимости от актуальности тех или иных управленческих задач [6]. Например, в рейтинге за 2008 год применялись следующие критерии:

1. **Демографические показатели (отчетные формы № 12, 14, 19, 32, 94):**

- 1.1. Показатель рождаемости
- 1.2. Показатель общей смертности («-»)\*

Категория: Качество и ресурсы здравоохранения

Опубликовано: Пятница, 17 мая 2024, 11:24

Автор: Андрей Таевский

Просмотров:

1682

- 1.3. Показатель смертности от сердечно-сосудистых заболеваний («-»)
- 1.4. Показатель смертности от онкологических заболеваний («-»)
- 1.5. Показатель смертности от внешних причин, травм и отравлений («-»)
- 1.6. Показатель младенческой смертности («-»)
- 1.7. Показатель материнской смертности («-»)
- 1.8. Показатель перинатальной смертности («-»)
- 1.9. Первичная заболеваемость по данным обращаемости в АПУ («-»)
- 1.10. Показатель первичной заболеваемости детского населения («-»)

**2. Показатели ресурсного обеспечения (отчетные формы № 17, 30, 62) :**

**2.1. Финансовое обеспечение:**

- 2.1.1. Показатель финансирования здравоохранения из всех источников в расчете на 1 жителя территории (подушевой норматив)
- 2.1.2. Показатель финансирования здравоохранения из муниципального бюджета в расчете на 1 жителя территории
- 2.1.3. Удельный вес расходов на здравоохранение (%) в муниципальном бюджете
- 2.1.4. Доля консолидированных средств (ОМС + бюджет), направляемая на финансирование амбулаторно-поликлинического звена в М.О. (%)

*Финансовое исполнение в отчетном году согласованных объемов медицинской помощи жителям М.О. (%), в том числе:\*\**

- 2.1.5. – круглосуточной стационарной (% выполнения плана койко-дней)
- 2.1.6. – амбулаторно-поликлинической (% выполнения плана посещений)
- 2.1.7. – стационарзамещающей (% вып. плана койко-дней дневного пребывания)
- 2.1.8. – скорой медицинской помощи (% выполнения плана вызовов)

**2.2. Кадровое обеспечение:**

- 2.2.1. Обеспеченность М.О. врачами (физических лиц на 10000 нас.)
- 2.2.2. Обеспеченность М.О. средним медицинским персоналом (физич.лиц на 10000 нас.)
- 2.2.3. Число терапевтических участков в поликлиниках М.О. (абсолютное число)
- 2.2.4. Число участковых врачей-терапевтов в поликлиниках М.О. (физических лиц)
- 2.2.5. Число педиатрических участков в поликлиниках М.О. (абсолютное число)
- 2.2.6. Число участковых врачей-педиатров в поликлиниках М.О. (физических лиц)
- 2.2.8. Общее число штатных врачебных должностей в участковых больницах и врачебных амбулаториях М.О.
- 2.2.9. Общее число физических лиц врачей в участковых больницах и

---

врачебных амбулаториях М.О.

2.2.10. Число фельдшеров (физических лиц) на ФП и ФАП

2.2.11. Коэффициент совместительства врачей («-»)

2.3. Материально-техническое обеспечение:

2.3.1. Обеспеченность койками круглосуточного пребывания (на 10000 нас.) («-»)

2.3.2. Обеспеченность койками дневного пребывания всех типов (на 10000 нас.)

2.3.3. Фондовооруженность (Нормативн зависит от типа и мощности ЛПУ)

2.3.4. Физический износ медицинского оборудования (%) («-»)

2.3.5. Физический износ санитарного транспорта (%) («-»)

**3. Показатели структурной эффективности (отчетные формы № 30, 40, 62):**

3.1. Число дней госпитализации в стационары круглосуточного пребывания на 1000 жителей («-»)

3.2. Число дней госпитализации в стационары дневного пребывания на 1000 нас.

3.3. Средняя длительность пребывания больного на койке в стационарах (круглосуточные койки всех профилей) («-»)

*Среднегодовая занятость круглосуточной койки, в том числе:\*\**

3.4. - общая по М.О. (средняя по больницам М.О.)

3.5. - городской больницы (больниц)

3.6. - центральной районной больницы

3.7. - участковых больниц (средняя по участковым больницам)

3.8. Число врачебных посещений в амбулаторно-поликлинические учреждения на 1 жителя М.О. в год

3.9. Число вызовов скорой помощи на 1000 населения («-»)

**4. Показатели медицинской эффективности стационарной помощи (форма № 30):**

4.1. Общебольничный показатель летальности («-»)

4.2. Показатель досуточной летальности (%) («-»)

4.3. Летальность среди больных, доставленных в стационар по экстренным хирургическим показаниям, в т.ч.:

4.3.1. - непроходимость кишечника («-»)

4.3.2. - прободная язва желудка («-»)

4.3.3. - желудочно-кишечные кровотечения («-»)

4.3.4. - ущемленная грыжа («-»)

Категория: Качество и ресурсы здравоохранения

Опубликовано: Пятница, 17 мая 2024, 11:24

Автор: Андрей Таевский

Просмотров:

1682

4.3.5. – острый холецистит («-»)

4.3.6. – острый панкреатит («-»)

4.4. Летальность больных с острыми нарушениями кровообращения (отч. форма № 14):

4.4.1. – летальность от инфаркта миокарда («-»)

4.4.2. – досуточная летальность от инфаркта миокарда («-»)

4.4.3. – летальность от острых нарушений мозгового кровообращения («-»)

4.5. Случаи внутрибольничной инфекции среди госпитализированных (%) («-»)

4.6. Расхождение клинических и патологоанатомических диагнозов (%) («-»)

**5. Показатели медицинской эффективности догоспитальной помощи прикрепленному населению (отчетные формы №№ 12, 14, 30, 52):**

5.1. Показатели по социально-значимым заболеваниям:

5.1.1. Смертность от заболеваний сердечно-сосудистой системы, в т.ч.:

1) от инфаркта миокарда среди прикрепленного населения («-»)

2) от острых нарушений мозгового кровообращения («-»)

3) от сахарного диабета и его осложнений («-»)

5.1.2. Онкологические заболевания (ЗНО) (отчетные формы № 7 и № 35):

1) доля больных с впервые установленным диагнозом ЗНО, выявленных при профосмотрах (%) («-»)

2) показатель раннего выявления ЗНО

3) доля больных с запущенными формами ЗНО всех локализаций (%) («-»)

4) доля больных с запущенными формами ЗНО визуальных локализаций (%) («-»)

5.1.3. Туберкулез (отчетные формы № 33, 30, 5):

1) первичная заболеваемость всеми формами туберкулеза («-»)

2) болезненность туберкулезом («-»)

3) охват взрослого населения целевыми осмотрами на туберкулез (%)

4) доля больных с впервые установленным диагнозом туберкулеза, выявленных при профосмотрах (%) («-»)

5) показатель общей смертности от туберкулеза («-»)

5.1.4. ВИЧ-инфекция (формы 4, 060/у, 61):



## Как устроен рейтинг на основе ключевых показателей (на успешном примере)

Категория: Качество и ресурсы здравоохранения

Опубликовано: Пятница, 17 мая 2024, 11:24

Автор: Андрей Таевский

Просмотров:

1682

- 1) показатель инфицированности вирусом иммунодефицита человека («-»)
- 2) полнота охвата диспансеризацией ВИЧ-инфицированных (%) («-»)
- 3) полнота охвата обследованием на ВИЧ лиц из групп риска (%) («-»)
- 4) доля ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получивших полный курс антиретровирусной профилактики в общем числе
- 5) доля новорожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, получивших полный курс антиретровирусной терапии (%)
- 6) доля ВИЧ-инфицированных лиц, получающих противовирусные препараты среди подлежащих антиретровирусной терапии (%)

### 5.2. Выполнение мероприятий по профилактике (форма 30):

- 5.2.1. Показатель доли профилактических посещений в поликлинику (%)
- 5.2.2. Полнота охвата населения медицинскими осмотрами (%)
- 5.2.3. Выполнение плана вакцинации (%)
- 5.2.4. Выполнение плана флюорографических исследований (%)
- 5.2.5. Выполнение плана диспансеризации работников промпредприятий (%)
- 5.2.6. Выполнение плана диспансеризации работников бюджетной сферы (%)
- 5.2.7. Выполнение плана профилактических осмотров детей (%)

## 6. Показатели качества медицинской помощи

- 6.1. Средний показатель УКЛ по данным вневедомственной экспертизы качества догоспитальной помощи
- 6.2. Средний показатель УКЛ по данным вневедомственной экспертизы качества стационарной помощи
- 6.3. Средний показатель УКЛ по данным ведомственной экспертизы качества догоспитальной помощи
- 6.4. Средний показатель УКЛ по данным ведомственной экспертизы качества стационарной помощи
- 6.5. Показатель обоснованных жалоб (на 1000 населения)
- 6.6. Расхождения диагнозов поликлиники и стационара (%)
- 6.7. Показатель первичного выхода на инвалидность среди лиц трудоспособного возраста
- 6.8. Процент удовлетворенности пациентов медицинской помощью по результатам анкетирования

## 7. Важнейшие данные, необходимые для расчётов:

- 7.1. Общая численность населения территории М.О. (отчётная форма № 62)
- 7.2. Численность детского населения М.О. (Госкомстат)
- 7.3. Численность работающего населения М.О. (отчётная форма № 62)
- 7.4. Численность неработающего населения М.О. (отчётная форма № 62)
- 7.5. Число ФП и ФАП на территории М.О.

---

\* Знаком «-» обозначены показатели с инверсией оценки при стандартизации («чем

Категория: Качество и ресурсы здравоохранения

Опубликовано: Пятница, 17 мая 2024, 11:24

Автор: Андрей Таевский

Просмотров:

1682

---

больше, тем хуже»).

\*\* Показатели данных дочерних блоков искусственно выведены в иерархии на уровень выше в связи с их относительно большой значимостью.

---

**Методическое сопровождение.** Как видим, многие критерии сопровождались указанием на источник сведений. Но была и встроенная справочная система.

К каждому показателю прилагалась пояснение, как именно он рассчитывается. Например, показатель «2.3.3. Фондовооружённость» был сопровождён справкой: «Среднегодовая балансовая стоимость основных средств / Среднесписочная численность персонала (руб. на одного работника организации)». Методическое обеспечение участников было интегрировано в рабочий процесс.

Кроме того, ответственные сотрудники ОУЗ взаимодействовали с руководством М.О. по поводу предоставляемых ими сведений и организационно-техническим вопросам. Они активно связывались с ними, а также принимали от них звонки и электронные сообщения, консультировали их по вопросам сбора и расчёта значений первичных значений показателей и др.

**Целевые ориентиры и нормативы.** Аналогично системе оценочных критериев, ежегодно пересматривались нормативные (ориентировочные, целевые) значения показателей, посредством сопоставления реальных значений с которыми производится расчёт индексов соответствия.

Нормативные значения, их адекватность, влияют не только на результаты оценки показателей и положение участников в рейтинге, но и на значимость самих показателей. Чем дальше средние реальные значения показателя от целевого, тем меньше влияние данного показателя, поскольку различия между участниками по нему нивелируются.

В этой связи, выработка нормативных значений является очень важным и ответственным делом. К этой работе привлекались главные региональные специалисты-эксперты, обладающие необходимыми знаниями и опытом.

**Верификация данных.** Сведения, предоставляемые в ответственный отдел ОУЗ за подписью руководителей ЗМУ, подвергались верификации. Она проводилась во взаимодействии с Бюро медицинской статистики (позже преобразованном в ГБУЗ «Иркутский МИАЦ»), другими отделами ОУЗ и главными внештатными специалистами-экспертами.

Каждая цифра, поступавшая от ЗМУ, по факту имела, как минимум, один альтернативный источник (чаще – два). Все расхождения в данных тщательно проверялись, выявляемые искажения исправлялись, устанавливались и устранялись их причины.

Категория: Качество и ресурсы здравоохранения

Опубликовано: Пятница, 17 мая 2024, 11:24

Автор: Андрей Таевский

Просмотров:

1682

Поскольку искажённых сведений от руководителей ЗМУ поступало немало, и «грешили» ими из года в год одни и те же руководители, в 2008 году дополнительно был введён поправочный коэффициент достоверности. В случае его очень низкого значения, он снижал интегральную оценку здравоохранения, что влияло на положение М.О. в рейтинге.

**Стандартизация показателей** означает приведение значений показателей к адекватным значениям на оценочной шкале стандартными способами.

Расчёт итоговых оценок показателей («индексов соответствия») производился путём сопоставления фактических значений показателей с их целевыми значениями и приведением результата в заданный диапазон от нуля до единицы.

В каждом блоке показателей вычислялось среднее значение, которое участвовало в расчётах на более высоком уровне иерархии с выходом на итоговую интегральную оценку соответствия.

### **Формирование, содержание и использование результатов рейтинга**

Проделана большая работа. Проработаны теоретические основы, найдены и закреплены в документах организационные решения, разработаны практические инструменты и средства автоматизации. В очередной раз уточнены система критериев и целевые значения показателей. Проведена категоризация участников и обеспечено их информационно-методическое сопровождение. К делу подключены нужные структуры ОУЗ, привлечены главные специалисты-эксперты. Собраны, систематизированы и тщательно выверены все данные, организовано их хранение. Учтены особенности М.О., проведена необходимая индивидуальная коррекция критериев и нормативов. Осуществлена стандартизация показателей, рассчитаны индексы соответствия.

**Формирование результатов.** По выполнению всех вышеописанных действий в ответственном отделе ОУЗ образовывались массивы данных, которые содержали и фактические значения ключевых показателей качества здравоохранения в разрезе М.О., и их рассчитанные индексы соответствия целевым значениям и нормативам.

Для удобства обработки и хранения, все выверенные данные по году собирались в одну многостраничную книгу (файл) оболочки электронных таблиц.

**Развёрнутые таблицы** содержали массивы фактических значений ключевых показателей качества здравоохранения и их рассчитанных индексов соответствия. То и другое – в разрезе М.О.

Категория: Качество и ресурсы здравоохранения

Опубликовано: Пятница, 17 мая 2024, 11:24

Автор: Андрей Таевский

Просмотров:

1682

Здесь можно отслеживать, какие именно показатели «просели» и оказали наибольшее влияние на групповую и итоговую оценку данного М.О., где здравоохранения М.О. работает стабильно, а где его «лихорадит», что упускает из виду руководство ЗМУ тех или иных М.О., и т.д.

**Сводные таблицы** содержат итоговые (интегральные) оценки соответствия М.О., а также значения их оценки соответствия по разделам работы (блок показателей верхнего уровня).

Итоговые оценки соответствия важны, они определяют место М.О. в рейтинге. Но не менее важна конфигурация оценок в структуре блока верхнего уровня. В одной небольшой табличке отображаются результаты работы по разделам всех М.О. Здесь можно видеть, где какие разделы находятся в порядке, а какие требуют внимания.

**Ранжирование** представляет собой простейшую операцию сортировки М.О. по столбцу итоговых оценок. Чем больше интегральная оценка соответствия М.О., тем выше его положение в рейтинге. В оболочке электронных таблиц данная операция производится автоматически.

**Победителями рейтинга** становились участники, занявшие призовые места в каждой из трёх категорий М.О., а также тройка лидеров в общем рейтинге, один из которых обретал на год статус абсолютного победителя.

Достигнутые участниками рейтинга результаты озвучивались на итоговых коллегиях ОУЗ и обсуждались в медицинском сообществе. Победителям вручались почётные грамоты и призы.

Следует особо подчеркнуть чрезвычайную важность честности рейтинга, о чём необходимо последовательно заботиться на всех этапах его проведения. Нужно методично выявлять и исключать возможности подтасовок, иначе немалый труд многих людей принесёт лишь вред.

Нельзя и превращать рейтинг в чистое соперничество, где «все средства хороши» и никому нельзя доверять. Рейтинг должен способствовать совместной работе на общее благо, способствовать достижению общественно полезных целей.

**Управление качеством здравоохранения по отклонениям** на основе комплексной оценки и мониторинга ключевых показателей представляется наиболее важной частью потенциала данного инструмента.

По результатам рейтинга ОУЗ готовил и выносил предложения и рекомендации по оптимизации управления здравоохранением М.О. региона. Но не только.

## Как устроен рейтинг на основе ключевых показателей (на успешном примере)

Категория: Качество и ресурсы здравоохранения

Опубликовано: Пятница, 17 мая 2024, 11:24

Автор: Андрей Таевский

Просмотров:

1682

На основе системного среза важнейших достоверных данных осуществлялась выработка и обоснование управленческих решений по вопросам реализации государственной политики в области здравоохранения на территории Иркутской области.

Рейтинг на основе ключевых показателей, особенно в форме ежегодного комплексного мониторинга, позволяет системно выявлять проблемные зоны и принимать обоснованные управленческие решения для улучшения ситуации. Т.е., реализовывать управление по отклонениям в масштабах управляемой системы, будь то медицинская организация или здравоохранение региона.

### Использованные материалы:

1. Таевский А.Б. [«Рейтинг на основе ключевых показателей как инструмент управления качеством»](#). – ЗдравЭкспертРесурс, 192.
2. Таевский А.Б. [«Фокусы качества. Качество здравоохранения»](#). – Здрав.Биз, 318.
3. Г.И. Губин, Б.В. Таевский, Б.В. Городиский, А.Е. Агапитов, Д.Г. Губин. Региональная политика в области управления качеством здоровья населения / Материалы всероссийского конгресса «Человек и здоровье», Иркутск, 9 – 10 сент., 2004 г. – С.12–14.
4. Таевский Б.В. Инновационные технологии в управлении качеством медицинской помощи // Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи 2007. №8. С. 8–11.
5. Приказ департамента здравоохранения Иркутской области от 9 июня 2007 года № 593 «Об утверждении положения».
6. Приказ департамента здравоохранения Иркутской области от 26 декабря 2008 года № 478-мпр «Об оценке результативности управления в сфере здравоохранения в муниципальных образованиях Иркутской области».

### Для цитирования:

Таевский А.Б. [Как устроен рейтинг на основе ключевых показателей \(на успешном примере\)](#). – ЗдравЭкспертРесурс, 193. <https://www.zdrav.org/index.php/resursy-zdravoohraneniya/193-med-rejting-regiona>.

[Обсудить в Телеграм](#)

[Обсудить вКонтакте](#)

[Каталог решений Здрав.Биз.](#)

Всегда ваш, Андрей Таевский.