

4. Дмитриев А.В. Конфликтология: Учебное пособие. – М.: Альфа-М, 2003. – 336 с.
5. Емельянов С.М. Практикум по конфликтологии. СПб.: Издательство «Питер», 2000. – 368 с.: ил. – (Серия «Практикум по психологии»).
6. Майерс Д. Социальная психология / Перев. с англ. – СПб.: Издательство «Питер», 2000. – 688 с.: ил. (Серия «Мастера психологии»).
7. Организация работы участкового врача-психиатра: Практическое руководство. / Авт.-сост.: В.А. Руженков, Б.М. Полих, А.В. Боева, Ю.А. Коротков; Под ред. В.А. Руженкова. – Белгород: Изд-во БелГУ, 2003. – 100с.

Касимовский К.К.

**О РЕЙТИНГОВАНИИ ЧАСТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В
РОССИИ**

ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт
общественного здоровья имени Н.А. Семашко», Россия, Москва

Kasimovskii K.K.

ON RATINGS OF PRIVATE MEDICAL ORGANIZATIONS IN RUSSIA

National research Institute for Public Health, Russia, Moscow

Контактная информация: Касимовский Кирилл Константинович: тел. +7 (916) 662 91 82, e-mail: kkasi@yandex.ru.

Резюме. Рассматривается рейтингование, как один из инструментов управления качеством медицинской помощи. Показаны положительные и отрицательные стороны рейтингования в частном здравоохранении.

Ключевые слова: рейтингование медицинских организаций, частное здравоохранение, рейтинги частных клиник.

Summary. The article considers rating as a tool for health care quality management. The positive and negative aspects rating in private health care are demonstrated.

Key words: rating of medical organizations, private health care, private clinics ratings.

Конкурентно-рыночная среда среди различных поставщиков медицинских услуг в развитых странах стимулирует эффективность функционирования системы здравоохранения в целом. Рейтингование бесспорно является эффективным и действенным инструментом для этого и применяется в Европе и США более 50 лет, в то время как в РФ подобная практика используется лишь с 2009 года [1].

Задачей современных аналитических систем является комплексная оценка качества медицинской помощи, результативности, стоимости и эффективности производимых затрат, а также возникающего в результате деятельности составляющих национальное здравоохранение подсистем социально-экономического эффекта.

Показатели оценки для целей рейтингования медицинских организаций отбираются с учетом широко используемой триады Донабедиана: структура (ресурсы) – процесс (деятельность) – результат (итог) [2].

Накопленный мировой опыт показывает, что составление независимых рейтингов является относительно действенной и доступной формой контроля качества медицинской помощи, обеспечивая публичность информации о деятельности медицинских организаций различных форм собственности, влияя на потребительский выбор и управленческие решения [3]. В России рейтингование медицинских организаций только начинается и пока не приобрело широкого и общепризнанного распространения, но при этом уже имеет свою специфику, что во многом можно отнести к издержкам становления и роста.

Для медицинских организаций частного здравоохранения рейтингование, на основе субъективной оценки пользователей, проводилось еще в 90-е годы – на основании социологических опросов и до сих пор является более привычным и распространенным. В основном оно и рассчитано на потребителей частных медицинских услуг, так как, прежде всего учитывает субъективную оценку непрофессионалов. И действительно: пациенты не способны адекватно оценить ресурсы частной медицинской

организации, в которой получили лечение, очень слабо ориентируются в процессе того, как им оказывалась медицинская помощь. На оценку результата лечения крайне сильно влияют эмоциональное, субъективное состояние личности, нозологическая форма, сопутствующие заболевания и проч. При качественном и адекватном лечении оценка может оказаться отрицательной и наоборот.

В этом контексте справедливо звучат слова помощника министра здравоохранения РФ Ирины Андреевой на совещании Минздрава России по проведению независимой оценки качества оказания медицинских услуг, которая «не рекомендовала использовать понятие «рейтинг», поскольку в результате мы получим список «хороших» и «плохих» учреждений. Это вызовет приток населения в лидирующие ЛПУ, с которым больницы не справятся. Лучше заменить «рейтинг» на «результаты анкетирования». Кроме того, помощник министра считает, что нужно не распределять «места» благодаря общественной оценке, а рейтинговать причины неудовлетворенности населения медицинской помощью. Именно это поможет организаторам здравоохранения сделать правильные выводы и начать работу над основными проблемами [4].

Зачастую рейтинги медицинских организаций частного сектора здравоохранения базируются только на субъективной оценке уровня удовлетворенности пациентов. Очень редко учитываются объективные показатели, статистическая отчетность, материально-техническая база и клинично-технологическая оснащённость организации (укомплектованность оборудованием и кадрами, квалификация персонала и проч.), стоимость медицинских услуг, доступность медицинской помощи, внутрибольничная летальность, наличие послеоперационных осложнений, загруженность больничной койки и ряд других. Что оправдано с точки зрения целевой аудитории подобных рейтингов – потенциальных потребителей услуг частного сектора здравоохранения, которые в массе своей не могут должным образом оценить данные параметры. Вместе с тем, учет объективных показателей, отражающих фактические результаты деятельности представляется, нам совершенно необходимым. Таким образом, сравнительная ранговая оценка деятельности различных медицинских организаций должна проводиться с помощью обобщенных (агрегированных) рейтинговых показателей. Рейтинги частных

медицинских центров зачастую сравнивают неоднородные медицинские организации между собой, отсутствуют унифицированные критерии оценки. Помимо отсутствия единой методологии рейтингования, чаще всего не раскрывается методика проведения подобных сравнений. Многие сравниваемые параметры носят слишком общий характер: не/удовлетворенность пациентов, не раскрывая и не детализируя чем именно и др. Нередки случаи, когда критерии для сравнения предоставляются заинтересованной стороной (частными страховыми и медицинскими компаниями), что сразу же рождает вопрос о корректности и достоверности полученных результатов. По сути рейтинги в частном здравоохранении часто проводятся и используются для маркетингового продвижения частных медицинских центров и услуг и тем самым изначально вводят в заблуждение потенциальных потребителей, не способствуя, а напротив, затрудняя их выбор [5].

Литература

1. Авдеева М.В., Ващенко В.В., Лучкевич В.С., Баркаева В.А. Рейтингование медицинских организаций как способ повышения эффективности здравоохранения: история вопроса и перспективы использования. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/692/30/lang,ru/> (Дата обращения: 14.11.2016).
2. Donabedian A. The Quality of Care - How can it be assessed? JAMA. 1988; 260(20): 1743-1748.
3. Тарасенко Е.А. Зарубежный опыт выбора показателей качества медицинской помощи для построения рейтингов медицинских организаций: уроки для России. Социальные аспекты здоровья населения [электронный научный журнал] 2013; 34 (6). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/520/lang?ru/> (Дата обращения: 17.05. 2015).
4. URL: <http://www.medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-rekomenduet-ne-ispolzovat-ponyatie-reiting.html> (Дата обращения 14.11.2016).
5. Тарасенко Е.А. Рейтинги учреждений здравоохранения как инструмент независимой оценки качества медицинских услуг. - Здравоохранение, 2014, №1, с. 68-74.