

деятельность других ведомств. Меры по охране труда работающих включаются в национальную стратегию экономического развития. Здравоохранению следует сотрудничать с частным сектором в целях недопущения распространения профессиональных рисков и обеспечения охраны здоровья на рабочем месте. Задача охраны здоровья работающих решается в рамках межведомственной стратегии в различных отраслях экономики, прежде всего тех, которые отмечены высоким риском для здоровья.

Необходимо подчеркнуть, что принципиальное улучшение охраны здоровья работающих обеспечивается эффективной координацией усилий общества в целом, государственной власти и при широком участии работающих и работодателей. Для достижения вышеупомянутых целей необходим комплекс мер, адаптированных к национальной специфике и приоритетам.

#### **Литература**

1. Здоровье работающих: глобальный план действий//Шестидесятая сессия Всемирной Ассамблеи Здравоохранения: WHA60.26 Пункт 12.13 повестки дня от 23 мая 2007 г. – Женева: ВОЗ. - 2007. – 12 с.

---

***Нечаев В.С., Прокинова А.Н.***  
**ИЗ ЗАРУБЕЖНОГО ОПЫТА РЕЙТИНГОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ  
ОРГАНИЗАЦИЙ**

ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт им. Н.А.  
Семашко», Россия, Москва

***Nechaev V.S., Prokinova A.N.***  
**FROM FOREIGN EXPERIENCE OF MEDICAL ORGANIZATIONS  
RATING**

National Research Institute for Public Health, Russia, Moscow

Нечаев Василий Сергеевич, e-mail: [vn52@inbox.ru](mailto:vn52@inbox.ru)

**Резюме.** Рассмотрен зарубежный опыт рейтингования медицинских организаций в США, Канаде, Австралии, Великобритании и других странах. Показано, что рейтингование – это доступная и

понятная форма контроля качества медицинской помощи, а его результаты формируют репутацию отдельно взятого медицинского учреждения.

**Ключевые слова:** рейтингование; медицинская организация; репутация организации.

**Summary.** The article considers foreign experience of rating of medical organizations in the USA, Canada, Australia, Great Britain and other countries. It is demonstrated that rating is accessible and coherent form of medical care quality control. The results of rating form reputation of particular medical organization.

**Key words:** rating; medical organization; reputation of organization.

В зарубежных странах за прошедшие десятилетия накоплен существенный опыт по применению такого инструмента управления как рейтингование медицинских организаций. Одна из постоянных причин такого пристального внимания к этому разделу здравоохранения — обеспечение конкурентоспособности медицинского учреждения на рынке медицинских услуг за счет унификации оценки качества организации оказания медицинской помощи потребителю [1].

В этом отношении опыт таких стран как США, Южная Корея, Канада, Австралия, Великобритания, Нидерланды, другие государства Европейского Союза, где рейтингование медицинских учреждений применяется на регулярное основе, доказывает, что рейтингование - это доступная и понятная форма контроля качества медицинской помощи, а его результаты формируют репутацию отдельно взятого медицинского учреждения и влияют на конкретный выбор потребителей медицинской помощи [2,3,4].

Анализ показал, что активное развитие и распространение технологий рейтингования началось с середины 1960-х годов, прежде всего, в США, Австрии, Дании, Франции, Германии и других странах с организации на их территориях т.н. «Бюро оценки технологий» (Office of Technology Assessment) для определения эффективности применения технологий в медицине, сельском хозяйстве, транспорте, производстве оборудования и т.п. В дальнейшем перешли к организации специализированных агентств, которые выстраивали

медицинские учреждения по рейтингу с учётом эффективности и качества оказания медицинских услуг [5]. Так, с начала 2000-х гг. американское агентство «Hospital Consumer Assessment of Health Care Providers and Systems» (HCAHPS) регулярно проводит комплексные исследования качества оказания медицинской помощи в различных клиниках США с последующей публикацией их результатов. В конце 2010-х годов была выработана единая методология оценки качества медицинской помощи. Были предложены согласованные унифицированные критерии экспертной рейтинговой оценки, что позволило сопоставлять друг с другом по качеству оказываемой медицинской помощи сходные, по своим критериям деятельности, как медицинские учреждения, так и отдельные территории [6,7].

Сегодня зарубежные аналитические системы комплексно, с учетом мнений пациентов и потребителей, оценивают качество медицинской помощи с позиций безопасности, медицинской результативности, стоимости, эффективности затрат, социально-экономической результативности и правовых, этических и политических последствий. Ключевая особенность таких аналитических систем - фокусирование на множественных приоритетах и тактическая гибкость принятия управленческих решений по результатам анализа [3].

В отдельных странах (Великобритания, Новая Зеландия, Израиль) приоритетом при распределении ресурсов здравоохранения является соотношение затраты/польза, которое устанавливается на основе анализа результатов рейтингования медицинских учреждений [8].

Большинство известных международных рейтинговых систем оценки деятельности медицинских организаций основываются на принципах «триады Донабедиана» - состояние структуры (ресурсов), процессов (технологий, деятельности) и результатов (итогов) работы организации [10].

В зависимости от способа и источника получения информации показатели рейтинговой оценки подразделяются на субъективные и объективные [2]. Объективные показатели содержатся в действующих формах учёта и отчётности медицинских организаций. Субъективные основаны на результатах опросов общественного мнения.

Рейтинги медицинских организаций составляются для трёх групп пользователей:

1. потребители услуг медицинских организаций;
2. врачи, направляющие пациентов на следующий этап оказания медицинской помощи;
3. органы управления здравоохранением, страховщики и другие субъекты, которые закупают медицинские услуги в интересах отдельных групп населения.

За рубежом для рейтингования применяются разные способы итоговой оценки медицинской деятельности: индекс безопасности пациента; коэффициенты удовлетворённости; коэффициенты эффективности; коэффициенты соответствия; ранговые баллы; индикаторы оценки эффективности деятельности; доля удовлетворённости населения при получении определённого вида медицинской помощи; условные интегрированные показатели; доля дефектов по результатам медико-экономических экспертиз и экспертиз качества медицинской помощи; размеры финансовых санкций по результатам экспертиз. Рейтинговые места медицинских учреждений, полученные с помощью разных способов оценки, часто не совпадают. Рассогласованность между отдельными рейтинговыми системами связана, прежде всего, с тем, что каждая использует собственные методы сбора и статистической обработки данных [9].

Сравнительная ранговая оценка деятельности различных медицинских организаций проводится с помощью агрегированных рейтинговых показателей. Рейтинги составляются для сопоставимых медицинских организаций, т.е. однородных по назначению, выполняемым функциям, возможностям и мощности. Процедура рейтингования осуществляется при помощи техники одномерного или многомерного ранжирования.

Во многих зарубежных странах, где опыт построения рейтингов медицинских организаций значительный, пользователями этих рейтингов являются все субъекты здравоохранения, а сами рейтинги включают десятки, и даже сотни показателей, которые отражают и общие, и частные аспекты деятельности по каждой медицинской специальности [3].

Несмотря на появление универсальной методики рейтингования, всецело отвечающей мировым стандартам, на

практике в процессе интегральной оценки, интерпретации и сравнения деятельности различных медицинских организаций возникают трудности. Помимо этого, отсутствует система прогнозирования риска критического снижения удовлетворённости потребителей качеством медицинской помощи, не установлены приоритетные объективные и субъективные факторы, негативно влияющие на качество и эффективность медицинской помощи, что затрудняет принятие научно обоснованных управленческих решений на уровне всей системы здравоохранения.

### **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 // Социальные аспекты здоровья населения (электронный научный журнал) <http://vestnik.mednet.ru/content/view/692/27/lang,ru/>
2. 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/>
3. O'Donnell J.C., Pham S.V., Pashos C.L, Miller D.W., Smith H. Technology Assessment: Lessons Learned from Around the World – An Overview. Value Health 2009; 12 (Suppl. 2): 1-5.
4. Woohyun C., Sunhee L., Hye Y.K., Myongkeun K. Setting national priorities for quality assessment of health care services in Korea [Online]. 2005 [cited 2015 May 12]; Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzi018157-165>.
5. Canadian agency for drugs and technologies in health. Canadian coordinating office for health technology assessment to Canadian agency for drugs and technologies in health our history [Online]. 2006 [cited 2015 May 15]; Available from: <http://www.cadth.ca/index.php/en/cadth/corporate-profile/history>.
6. Consumer reports: how we rate hospitals [Online]. 2014 [cited 2015 May 12]; Available from: <http://www.consumerreports.org/>

health/resources/pdf/how-we-rate-hospitals/How%20We%20Rate%20Hospitals.pdf

7. Hospital consumer assessment of healthcare providers and systems [Online]. 2015 [cited 2015 May 20]; Available from: <http://www.hcahpsonline.org/qaguidelines.aspx>
8. Sabik L.M., Lie R.K. Priority setting in health care: Lessons from the experiences of eight countries. *International Journal for Equity in Health* 2008; (7): 1-13.
9. Austin J.M., Jha A.K., Romano P.S. Singer S.J., Vogus T.J., Wachter R.M., Pronovost P.J. National hospital ratings systems share few common scores and may generate confusion instead of clarity. *Health Aff (Millwood)* 2015; 34 (3): 423-430.
10. Donabedian A. The criteria and standards of quality. Michigan: Health Administration Press, 1982. 504 p.

---

***Проклова Т.Н., Расторгуева Т.И., Карпова О.Б.***

**РАЗВИТИЕ СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РФ**

ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт им. Н.А. Семашко», Россия, Москва

**Проклова Татьяна Николаевна** — к.м.н., старший научн.сотр.

**Расторгуева Татьяна Ивановна** д.м.н., ведущий научн.сотр.

**Карпова Оксана Борисовна** к.ф-м.н., старший научн.сотр.

E-mail – [tnproklova@mail.ru](mailto:tnproklova@mail.ru)

**Резюме.** За последние 20 лет в РФ идет постоянное сокращение коечного фонда для коек практически всех типов. Приводится динамика численности коечного фонда, обеспеченности населения койками, а также структуры коечного фонда.

**Ключевые слова:** коечный фонд, обеспеченность населения койками, структура коечного фонда.

**Summary.** There is a decreasing tendency in number of hospital beds for all types of beds during the last 20 years in Russia. The article contains data for the number of beds change, availability of hospital beds for the population, along with hospital beds structure.

**Key words:** hospital beds, hospital beds structure.