

УДК 614.2

DOI: 10.46548/21vek-2021-1054-0012

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ФОРМИРОВАНИЮ РЕЙТИНГА ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

© 2021

Позднякова Татьяна Николаевна, кандидат сельскохозяйственных наук,
доцент кафедры «Биомедицинская инженерия»

Пензенский государственный технологический университет

(440039, Россия, Пенза, проезд Байдукова/ул. Гагарина, д. 1а/11, e-mail: tanjapozd@mail.ru)

Аннотация. На современном этапе реформирования системы здравоохранения главной задачей государства является повышение качества и доступности оказания медицинской помощи населению. Рейтингование медицинских организаций является одним из ключевых инструментов, позволяющих улучшить функционирование как отдельных лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), так и отрасли здравоохранения в целом. Кроме этого, система рейтинговых оценок способствует повышению конкурентоспособности учреждений здравоохранения, т.к. помогает пациентам при выборе медицинской организации, даёт возможность оценить эффективность использования ресурсов и тем самым влияет на правильность принятия управленческих решений. В статье анализируются исторические аспекты изучаемого вопроса. Рассматривается зарубежный опыт формирования рейтинга медицинских организаций, объективные и субъективные показатели методик ранжирования ЛПУ. Выявлено, что в основе большинства существующих рейтингов лежат классические принципы анализа триады индикаторов Донабедиана (качество ресурсов, качество процесса и качество результатов). Проанализирована отечественная практика формирования рейтинга учреждений здравоохранения. Изучены методики оценки деятельности медицинских организаций, рекомендованных Министерством здравоохранения и социального развития РФ, выявлены их основные преимущества и недостатки. В результате проведённого исследования установлено, что Российская практика рейтингования медицинских учреждений находится в стадии формирования, является многоплановым комплексным процессом, требующим всестороннего изучения и постоянной доработки.

Ключевые слова: здравоохранение, эффективность, рейтингование, лечебно-профилактическое учреждение, качество медицинской помощи, методы, методика, субъективные показатели, объективные показатели, способы, баллы, индикаторы, показатели, анализ, ресурсы, независимая оценка.

METHODOLOGICAL APPROACHES TO THE FORMATION OF THE RATING OF MEDICAL AND PREVENTIVE INSTITUTIONS

© 2021

Pozdnyakova Tatyana Nikolaevna, candidate of agricultural sciences,
associate professor, of the department of «Biomedical Engineering»

Penza State Technological University

(440039, Russia, Penza, Baydukov proyezd / Gagarin street, 1a/11, e-mail: tanjapozd@mail.ru)

Abstract. At the present stage of reforming the health care system, the main task of the state is to improve the quality and accessibility of medical care to the population. The rating of medical organizations is one of the key tools to improve the functioning of both individual medical institutions (health care facilities) and the healthcare industry as a whole. In addition, the rating system contributes to improving the competitiveness of health care institutions, since it helps patients when choosing a medical organization, provides an opportunity to evaluate the efficiency of resource use and thus affects the correctness of management decisions. The article analyzes the historical aspects of the issue under study. The article considers the foreign experience of forming the rating of medical organizations, objective and subjective indicators of the methods of ranking medical institutions. It is revealed that most of the existing ratings are based on the classical principles of the analysis of the triad of Donabedian indicators (quality of resources, quality of the process and quality of results). The article analyzes the domestic practice of forming the rating of health care institutions. The methods of evaluating the activities of medical organizations recommended by the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation are studied, their main advantages and disadvantages are identified. As a result of the conducted research, it is established that the Russian practice of rating medical institutions is in the process of formation, is a multifaceted complex process that requires comprehensive study and constant improvement.

Keywords: health care, efficiency, rating, treatment and prevention facility, quality of medical care, methods, methodology, subjective indicators, objective indicators, methods, score, indicators, indicators, analysis, resources, independent evaluation.

Введение. На протяжении последних десятилетий отрасль здравоохранения является одной из самых динамично развивающихся сфер народного хозяйства. Повышение доступности и качества медицинской

помощи, совершенствование всех объектов системы здравоохранения – одна из главных задач государства. Учитывая быстрые темпы жизни населения, с каждым днём увеличиваются требования к условиям, качеству

и номенклатуре предоставляемой медицинской помощи, пациенты все чаще обращаются в частные медицинские клиники, поэтому конкуренция между лечебными учреждениями ежегодно возрастает [1-10]. Одним из наиболее хорошо зарекомендовавших инструментов повышения функционирования здравоохранения является рейтингование медицинских организаций. Ранжирование лечебно-профилактических учреждений – достаточно простая и действенная форма контроля качества оказания медицинской помощи населению, характеризующая деятельность организаций по ключевым показателям. Кроме этого, позиция в общем рейтинге медицинских организаций оказывает существенное воздействие на потребительский выбор, а также влияет на репутацию поставщиков медицинских услуг. Поэтому применение системы рейтинговых оценок учреждений здравоохранения является одной из актуальных и востребованных задач на самых различных уровнях принятия управленческих решений [2-4]. Выбор метода оценки деятельности и ранжирования медицинских организаций зависит от целей и задач такого анализа и целевых аудиторий в лице государственных органов, страховых компаний и пациентов.

Цель настоящей работы заключалась в анализе зарубежной и отечественной практики рейтингования медицинских организаций, выявлении основных преимуществ и недостатков в существующих методиках составления рейтинга ЛПУ.

Материалы и результаты исследований. Зарубежный опыт рейтингования медицинских организаций насчитывает более 60 лет. Точкой отсчёта считается 1965 год, когда во многих странах после проведения «Конгресса по науке и космонавтике» стали создаваться специальные «Офисы оценки технологий», которые занимались оценкой эффективности технологий, используемых не только в медицине, но и в других областях деятельности. Постепенно появлялись специальные агентства, которые ранжировали медицинские учреждения по эффективности и качеству медицинского обслуживания [4,7,10,11]. В последние 20 лет в большинстве развитых стран уделяется повышенное внимание оценке деятельности ЛПУ на национальном уровне. В период с 2002 по 2008 год в США были проведены фундаментальные исследования, направленные на выявление эффективности и качества оказания медицинской помощи населению. На основе данных исследований, а также в процессе анализа мнения экс-

пертов, была разработана единая методика оценки качества оказания медицинской помощи, действующая на всей территории страны [11-13]. На протяжении последних десятилетий в США апробировано более 10 различных методик, основанных на объективных и субъективных показателях.

Субъективные показатели основываются на мнении пациентов. Для этих целей была разработана специальная анкета, состоящая из 11 категорий вопросов, при анализе которых формируется рейтинг медицинских учреждений. Респонденты оценивают имидж медицинского учреждения, профессиональные качества работников, общедоступность информации для потребителей, привлекательность учреждения, доступность медицинской помощи, удовлетворённость полученным результатом, уровень материально-технического оснащения ЛПУ и т.д.

Объективные показатели основываются на статистических данных, указанных в действующих формах отчётности, включают около 60 показателей, среди которых: летальность пациентов; безопасность пациентов; профилактическая направленность; своевременность оказания медицинских услуг; эффективность использования диагностического оборудования и т.д. [7].

В таких странах как Голландия, Дания, Канада, Великобритания для оценки деятельности ЛПУ применяется более 50 показателей, в Германии их около 100 [12,13]. Критерии оценки периодически пересматриваются и корректируются. Различают одномерные (1 количественный или качественный показатель) и многомерные (несколько количественно-качественных показателей) ранжирования. При формировании рейтинга медицинских организаций используются различные методы и способы формирования итоговой оценки, такие как: коэффициенты (эффективности, соответствия, удовлетворённости), индекс безопасности пациентов, ранговые баллы, показатели эффективности деятельности организаций, условные интегрированные показатели и т. д., а также различные методы обработки результатов статистических исследований. Рейтинги учреждений здравоохранения, составленные различными способами оценки, в большинстве случаев не совпадают [4,5,6,8].

Анализ методик составления рейтинга ЛПУ в зарубежных странах показал, что при составлении рейтинга наиболее часто используют триаду индикаторов Донабедиана (рис.1).



Рисунок 1 - Триада индикаторов оказания качества медицинской помощи Донабедиана

Индикаторы качества ресурсов определяют возможности учреждений здравоохранения, при существующих ресурсах, выполнять поставленные цели и задачи и гарантировать пациентам оказание медицинской помощи определённого качества.

Индикаторы качества процесса оценивают медицинскую (анализ и оценка действий врача с учетом современных методов оказания медицинской помощи при учёте индивидуальных особенностей пациента и ресурсных возможностей ЛПУ) и организационную (организация процесса оказания медицинской помощи и управление ЛПУ в целом) технологии.

Индикаторы качества результатов оценивают абсолютные и относительные показатели, характеризующие соотношение между произведенными затратами и достигнутым результатом.

Российская практика рейтингования медицинских учреждений находится в стадии формирования. В настоящее время ведутся активные исследования в области получения содержательного наполнения и количественного измерения показателей, необходимых для составления методик оценки эффективности деятельности учреждений здравоохранения [8-10]. Заинтересованными лицами в составлении рейтинга ЛПУ в нашей стране в основном выступают федеральные и региональные органы управления здравоохранением, а также руководители медицинских учреждений, страховые компании и сами пациенты.

Первые попытки рейтингования медицинских организаций в РФ были предприняты в 2009 году. Федеральным фондом обязательного медицинского страхования предложена методика проведения социологического исследования, направленная на структуризацию действий страховых медицинских компаний с целью повышения эффективности оказания медицинской помощи застрахованным [14,15].

В 2012 г. Министерством здравоохранения и социального развития РФ разработаны методические рекомендации по проведению рейтингования организаций здравоохранения, которые в дальнейшем были апробированы на учреждениях, подотчётных данному министерству.

Согласно данной методике, при проведении рейтингования оценке подвергались следующие показатели деятельности медицинских организаций (табл. 1) [16].

Одним из очевидных достоинств данной методики является простота её использования при проведении расчётов основных показателей деятельности ЛПУ. Вместе с тем, по мнению многих авторов [4-6], предложенная методика имеет ряд отрицательных моментов, таких, как:

- не существует разделения медицинских учреждений на определённые категории (детские и взрослые клиники, по видам оказываемой помощи);
- требуются уточнения по показателю «внутрибольничная летальность», т.к. в учреждениях здравоохранения, оказывающих специализированные виды медицинской помощи (онкологические и туберкулёз-

ные диспансеры), данный показатель будет превышать среднестатистические значения;

- показатель «число посещений на 1 врачебную должность» для специализированных учреждений, как правило, малоинформативен;

- понятие «объём медицинской помощи, оказанной за счёт государственных источников финансирования» не утончено, т.к. большинство учреждений, оказывающих специализированные виды медицинской помощи, получают дотации от государства, а финансовые средства ОМС зачисляются на внебюджетный счёт;

- показатели «доля врачей, имеющих квалификационную категорию» и «доля средних медицинских работников, имеющих квалификационную категорию» зависят от работы аттестационной комиссии Министерства здравоохранения России и в большинстве случаев не являются подконтрольными в государственных учреждениях здравоохранения.

В названных публикациях анализу подвергались только объективные показатели оказания качественной медицинской помощи, основанные на расчёте эффективности использования ресурсов организации, мнение населения не учитывалось.

В дальнейшем происходила доработка методики за счёт введения модуля, позволяющего учитывать мнение пациентов, относительно качества медицинского обслуживания.

В 2014 г. согласно рекомендациям Минздрава России на основе триады Донабедиана (качество ресурсов; качество процессов; качество результатов) разрабатывались оценочные критерии, позволяющие составить рейтинг медицинских организаций [17,18]. Однако из-за сложности подсчёта интегральных рейтинговых показателей (более 35 показателей), смешения показателей оценки деятельности ЛПУ пациентами и показателей, которые должны рассчитываться непосредственно организациями здравоохранения и малопонятны пациентам, данная методика не получила широкого распространения [7].

Авдеева М.В. [6] и другие авторы считают, что, несмотря на появление комплексной методики рейтингования ЛПУ, рекомендованной Минздравом РФ, в практических условиях в ходе оценки и сравнения деятельности поставщиков медицинских услуг возникает ряд трудностей, а именно:

- не предусмотрено прогнозирование рисков, возникающих при снижении удовлетворённости пациентов качеством оказанных медицинских услуг;
- не выделены объективно-субъективные факторы, которые в первую очередь оказывают негативное влияние на эффективность и качество оказания медицинской помощи.

В 2015 году Минздравом России данный документ был отменен.

В последующие годы происходила доработка методики, основанной на расчёте интегральных показателей, путём введения дополнительного количества субъективных оценочных показателей.

Таблица 1 - Методика расчёта показателей рейтингования ЛПУ

Показатель	Критерии подсчёта
$ВБЛ = \frac{Ч_{ум.в.стац.}}{Ч_{выб.бол.из.стац.}} * 100$ <p>где ВБЛ – внутрибольничная летальность; $Ч_{ум.в.стац.}$ – число умерших в стационаре; $Ч_{выб.бол.из.стац.}$ – число выбывших больных из стационара.</p>	если больничная летальность составляет 0%, то начисляется 100 баллов, сумма баллов уменьшается на 1 за каждые 0,2% летальности
$Ч_{раб.койки\ в\ год} = \frac{Ч_{к-д.факт}}{Ч_{среднегод.к.}}$ <p>где $Ч_{раб.койки\ в\ год}$ – среднее число работы койки в год; $Ч_{к-д.факт}$ – фактическое число койко-дней, проведённых больными в стационаре; $Ч_{среднегод.к.}$ – число среднегодовых коек.</p>	если среднее число работы койки в год составляет от 330 до 340 дней, то начисляется 100 баллов, сумма баллов уменьшается на 1 за каждые 2 дня отклонений
$Ч_{с.осл.п./опер.} = \frac{Ч_{осл.после\ опер.}}{Ч_{проведен.опер.}} * 100\%$ <p>где $Ч_{с.осл.после\ опер.}$ – частота осложнений после операций; $Ч_{осл.после\ опер.}$ – число осложнений после операций; $Ч_{опер.}$ – число операций.</p>	если частота осложнений 0%, то начисляется 100 баллов, сумма баллов уменьшается на 1 за каждые 0,1% осложнений после операций
$Ч_{пос.на\ врач.\ в\ год} = \frac{Ч_{посещ.больн.\ в\ поликли.} + Ч_{посещ.больн.\ на\ дому}}{Ч_{занят.\ врач.\ должн.}}$ <p>где $Ч_{пос.на\ врач.\ в\ год}$ – число посещений на 1 врача в год, $Ч_{посещ.больн.\ в\ поликли.}$ – число посещений больных в поликлинику; $Ч_{посещ.больн.\ на\ дому}$ – число посещений больных на дому; $Ч_{занят.\ врач.\ должн.}$ – число занятых врачебных должностей.</p>	если число посещений в год на 1 врача составляет 4240, то начисляется 100 баллов, сумма баллов снижается на 1 за каждые 25 недостигнутых к норме значений
Количество внеплановых проверок	от общей суммы баллов вычитается по 10 баллов за каждую внеплановую проверку, выявившую нарушения
$Д_{пос.} = \frac{V_{мед.пом.ГИФ}}{V_{мед.пом.ВН}} * 100\%,$ <p>где $Д_{пос.}$ – доля посещений в амбулаторно – поликлинических учреждениях, оказанных за счёт государственных источников финансирования; $V_{мед.пом.ГИФ}$ – объём мед. помощи, оказанной за счёт гос. источников финансирования; $V_{мед.пом.ВН}$ – объём мед. помощи, оказанной за счёт всех источников.</p>	если 100% доли посещений оказывается за счёт ГИФ, то начисляется 100 баллов, сумма баллов уменьшается на 1 за каждый 1% доли, выполненной за счёт внебюджетных источников
$Д_{г.п.} = \frac{V_{мед.пом.ГИФ}}{V_{мед.пом.ВН}} * 100\%,$ <p>где $Д_{г.п.}$ – доля объёма мед. помощи, оказанных за счёт государственных источников;</p>	если 100% доли мед. помощи оказывается за счёт ГИФ, то начисляется 100 баллов, сумма баллов уменьшается на 1 за каждый 1% доли, выполненной за счёт внебюджетных источников
$Д_{п.д.} = \frac{V_{мед.пом.ГИФ}}{V_{мед.пом.ВН}} * 100\%,$ <p>$Д_{п.д.}$ – доля пациенто-дней в дневных стационарах медицинских организаций всех типов за счёт гос. источников финансирования;</p>	если 100% доли пациенто-дней за счёт ГИФ, то начисляется 100 баллов, сумма баллов уменьшается на 1 за каждый 1% доли, выполненной за счёт внебюджетных источников
$У_{в.к.} = \frac{Ч_{з.в.д.}}{Ч_{шт.в.д.}} * 100,$ <p>где $У_{в.к.}$ – укомплектованность врачами; $Ч_{з.в.д.}$ – число занятых врачебных должностей; $Ч_{шт.в.д.}$ – число штатных врачебных должностей.</p>	если 100% укомплектованности, то начисляется 100 баллов, сумма баллов уменьшается на 1 за каждый 1% недоукомплектованности
$У_{с.м.п.} = \frac{Ч_{з.д.с.м.п.}}{Ч_{шт.д.с.м.п.}} * 100,$ <p>где $У_{с.м.п.}$ – укомплектованность средним медицинским персоналом; $Ч_{з.д.с.м.п.}$ – число занятых должностей средн. мед. персонала; $Ч_{шт.д.с.м.п.}$ – число штатных должностей средн. мед. персонала.</p>	если 100% укомплектованности, то начисляется 100 баллов, сумма баллов уменьшается на 1 за каждый 1% недоукомплектованности
$Д_{в.к.к.} = \frac{Ч_{в.к.к.}}{Ч_{в.общ.}} * 100,$ <p>где $Д_{в.к.к.}$ – доля врачей, имеющих квалификационную категорию; $Ч_{в.к.к.}$ – число врачей, имеющих квалификационную категорию; $Ч_{в.общ.}$ – общее число врачей организации.</p>	если 100% врачей, имеют квалификационную категорию, то начисляется 100 баллов, сумма баллов уменьшается на 1 за каждый 1% врачей, не имеющих категории
$Д_{с.м.п.к.к.} = \frac{Ч_{с.м.п.к.к.}}{Ч_{с.м.п.общ.}} * 100,$ <p>где $Д_{с.м.п.к.к.}$ – доля среднего мед. персонала, имеющих квалификационную категорию; $Ч_{с.м.п.к.к.}$ – число среднего мед. персонала, имеющих квалификационную категорию; $Ч_{с.м.п.общ.}$ – общее число среднего мед. персонала организации.</p>	если 100% средних медицинских работников имеют квалификационную категорию, то начисляется 100 баллов, сумма баллов уменьшается на 1 за каждый 1% средних медицинских работников, не имеющих категории

Так в 2018 году Министерством здравоохранения РФ были разработан и утвержден перечень показателей, характеризующих общие критерии оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями, в отношении которых проводится независимая оценка (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 4 мая 2018 г. № 201н «Об утверждении показателей, характеризующих общие критерии оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями, в отношении которых проводится независимая оценка») [19]. Оценка показателей производится в баллах, максимально возможное значение равно 100. Расчёт проводится в три этапа [20]:

1 этап: расчёт балла для каждого показателя оценки качества;

2 этап: в целом по организации;

3 этап: в целом по отрасли, муниципальному образованию, субъекту РФ.

Качество оказываемых услуг оценивается по пяти блокам показателей:

1) «Открытость и доступность информации об организации». Оценивается информация, размещённая на стендах и сайте медицинской организации, а также информационные способы взаимодействия с пациентами (возможность подачи электронного обращения, наличие анкеты для опроса населения и т.д.);

2) «Комфортность условий предоставления услуг, включая время ожидания предоставления медицинской услуги». Определяются такие показатели, как: доступность записи на приём к врачу, отсутствие очередей, время ожидания предоставления услуги и т.д.;

3) «Доступность услуг для инвалидов». Анализируется субъективные характеристики организационной культуры ЛПУ: наличие стоянок автотранспортных средств для людей с ограниченными возможностями, пандусы, специализированные лифты, наличие специальной версии сайта для слабовидящих людей, услуги сурдопереводчика, повторение звуковой и зрительной информации и т.д.;

4) «Доброжелательность, вежливость работников медицинской организации». Оцениваются личные качества медицинского персонала, оказывающих медицинскую помощь как непосредственно в организации, так и при использовании дистанционных форм коммуникаций с пациентами;

5) «Удовлетворенность условиями оказания услуг». Рассчитывается доля пациентов, которые удовлетворены условиями оказания услуг в ЛПУ и готовы рекомендовать медицинскую организацию потенциальным потребителям.

Согласно данной методике, условия оказания медицинской помощи более не делятся на стационарные и амбулаторные. Количество показателей значительно сократилось, введён показатель «Доступность услуг для инвалидов». Проведено уточнение некоторых показателей, таких как "Комфортность условий предоставления услуг, включая время ожидания предоставления медицинской услуги" и "Доброжелательность, вежливость работников медицинской организации".

Исключены показатели, характеризующие компетентность работников, оказывающих медицинскую помощь.

По мнению автора статьи, предложенная методика является несовершенной, т.к. не даёт комплексного представления о деятельности медицинской организации, учитывает лишь отдельные аспекты функционирования ЛПУ и нацелена в основном на потребителей услуг, т.е. пациентов, которых в большинстве своём интересует объём и качество оказанной медицинской помощи в рамках полиса ОМС. Помимо этого, независимую оценку проводят общественные советы, в состав которых входят представители правозащитных органов, профессиональных сообществ, а также сами пациенты, поэтому результаты проведённого исследования могут носить субъективный характер.

Заключение. Таким образом, существующие методики численной оценки качества медицинской помощи в учреждениях здравоохранения требуют совершенствования, при ранжировании ЛПУ необходимо комплексно оценивать их деятельность, выявлять сильные и слабые стороны функционирования с точки зрения эффективности использования имеющихся ресурсов. Это поможет принимать правильные управленческие решения не только на оперативном, но и на стратегическом уровне, а пациентам даст возможность получать актуальную информацию о качестве и объёме предоставляемых услуг и выбирать клинику, наиболее отвечающую потребностям потребителей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Оценка эффективности деятельности медицинских организаций: учебно-методическое пособие / А.И. Вялков, В.З. Кучеренко, В.О. Флек, М.Е. Путин [и др.]; под ред.: А.И. Вялкова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2004. – 105 с.
2. Базовая методология и практика рейтинговых оценок в здравоохранении / Т.А. Сибурина, А.А. Князев, Л.К. Лохтина, Ю.В. Мирошникова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2012. – 27 (5) [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/427/30/lang.ru/> (дата обращения 10.04.2020).
3. Стародубов, В.И. Методологические технологии и руководство по управлению качеством медицинской помощи: моногр. / В.И. Стародубов, Г.И. Галанова. – ИД «Менеджер здравоохранения». – 2011. – 208 с.
4. Тарасенко, Е.А. Зарубежный опыт выбора показателей качества медицинской помощи для построения рейтингов медицинских организаций: уроки для России / Е.А. Тарасенко // Социальные аспекты здоровья населения. – 2013. – 6 (34). – С.1 – 19. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_21084492_43120705.pdf (дата обращения 10.02.2021).
5. Пухальский, А.Н. Методологические особенности формирования национального рейтинга медицинских учреждений / А.Н. Пухальский // Медицина и образование в Сибири. – 2014. – № 3. – С. 7-12.
6. Рейтингование медицинских организаций как способ повышения эффективности здравоохранения: история вопроса и перспективы использования / М.В.Авдеева, В.В. Ващенко, В.С. Лукевич, В.А. Баркаева // Социальные аспекты здоровья населения. – 2015. – № 4 (44). – С.13 [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=24641984> (дата обращения 10.02.2021).
7. Улумбекова, Г.Э. Показатели деятельности медицинских организаций: Международный опыт / Г.Э.Улумбекова, А.В. Макляченко // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. – 2017. – № 3 – С. 23-34.

8. Барскова, Г.Н. Российская практика рейтингования медицинских организаций / Г.Н. Барскова, Р.И. Девишев, Л.К. Лохтина // Социальные аспекты здоровья населения. – 2014. – № 5 (39). – С.1 – 17 [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_22631027_69362924.pdf (дата обращения 10.02.2021).
9. Алексеев, В.А. Оценка систем здравоохранения с позиций Всемирной организации здравоохранения / В.А. Алексеев, Ф.Е. Вартамян, И.С. Шурандина // Здравоохранение. – 2009. – № 11. – С. 57–67.
10. Коробкова, О.К. Управление услугами учреждений здравоохранения на основе рейтинговой оценки их деятельности: учебное пособие для вузов / О.К. Коробкова. – Москва: Мегалион, 2003. – 158 с.
11. Technology Assessment: Lessons Learned from Around the World – An Overview. Value Health / J.C O'Donnell, S.VPham, C.L Pashos, D.W. Miller, M.D. Smith. – 2009. – N. 12 (Suppl. 2). – P. 1 – 5.
12. How We Rate Hospitals [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: <https://ru.scribd.com/document/215543030/How-We-Rate-Hospitals6> (дата обращения 10.02.2021).
13. Вараваикова, Е.А. Лучшие больницы Америки в 2007 году – методология оценки / Е.А. Вараваикова // Менеджер здравоохранения. – 2008. – № 9. – С. 58–61.
14. Полубенцева, Е.И. Клинические рекомендации и индикаторы качества в системе управления качеством медицинской помощи: методические рекомендации / Е.И. Полубенцева, Г.Э. Улумбекова, К.И. Сайткулов; Ассоц. мед. о-в по качеству. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 60 с.
15. Григорьева, Н. С. Оценка качества медицинских услуг и построение рейтингов медицинских организаций: опыт программы medicare в США / Н. С. Григорьева // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. – 2016. – Т. 1, № 5(111). – С. 71–77.
16. Письмо Минздрава России от 14.02.2012 N 14-3/10/2-1243 «О формировании системы рейтингов медицинских организаций и размещения их на сайтах органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации». – URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 10.02.2021). – Режим доступа: КонсультантПлюс:[справ.-правовая система], свобод.из локал.сети ПензГТУ.
17. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 12 сентября 2014 г. № 503 “Об организации работы по формированию рейтингов государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения”. – URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 10.02.2021). – Режим доступа: КонсультантПлюс:[справ.-правовая система], свобод.из локал.сети ПензГТУ.
18. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 28.11.2014 г. № 787н «Об утверждении показателей, характеризующих общие критерии оценки качества оказания услуг медицинскими организациями». – URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 10.02.2021). – Режим доступа: КонсультантПлюс:[справ.-правовая система], свобод.из локал.сети ПензГТУ.
19. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 4 мая 2018 г. № 201н «Об утверждении показателей, характеризующих общие критерии оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями, в отношении которых проводится независимая оценка». – URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 10.02.2021). – Режим доступа: КонсультантПлюс:[справ.-правовая система], свобод.из локал.сети ПензГТУ.
20. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31.05.2018 № 344н «Об утверждении Единого порядка расчета показателей, характеризующих общие критерии оценки качества условий оказания услуг организациями в сфере культуры, охраны здоровья, образования, социального обслуживания и федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы». – URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 10.02.2021). – Режим доступа: КонсультантПлюс:[справ.-правовая система], свобод.из локал.сети ПензГТУ.

Статья поступила в редакцию 24.03.2021

Статья принята к публикации 16.06.2021