ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ГОРОДА МОСКВЫ
«НАУЧНО–ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОГО МЕНЕДЖМЕНТА
ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ»

На правах рукописи

Бударина Юлия Викторовна

РАЗРАБОТКА РЕЙТИНГОВОЙ СИСТЕМЫ УНИФИКАЦИИ ОЦЕНОК ЭФФЕКТИВНОСТИ УПРАВЛЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИЯМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Специальность 5.2.6. Менеджмент

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата экономических наук

Научный руководитель:
доктор экономических наук,
доцент
Ищенко Михаил Михайлович

Москва, 2025

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ 3
ВВЕДЕНИЕ 4
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕЙТИНГОВЫХ СИСТЕМ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ 36
1.1. Основные понятия, сущность, виды и принципы формирования рейтингов 36
1.2. Роль и назначение рейтингов в здравоохранении: опыт зарубежных стран и России 50
1.3. Совершенствование подходов к принятию управленческих решений на основе рейтинговых систем 73
ГЛАВА 2. КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К ФОРМИРОВАНИЮ РЕЙТИНГОВЫХ УНИФИЦИРОВАННЫХ МОДЕЛЕЙ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ УПРАВЛЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННЫМИ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ 83
2.1. Сравнительное исследование сложившихся научно–обоснованных подходов к оценке эффективности медицинских организаций в задачах управления 83
2.2. Аргументация выбора показателей для построения рейтинга эффективности медицинских организаций, оказывающих первичную медико–санитарную помощь 112
2.3. Разработка методики формирования рейтинга эффективности управления медицинских организаций, оказывающих первичную медико–санитарную помощь в Москве 127
ГЛАВА 3. ПРАКТИЧЕСКАЯ АПРОБАЦИЯ И ТЕСТИРОВАНИЕ РЕЙТИНГОВОЙ СИСТЕМЫ НА ПРИМЕРЕ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО–САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ В Г. МОСКВА 143
3.1. Организационно–методический механизм применения методики рейтинга ... 143
3.1.1. Основные положения 143
3.1.2. Порядок применения методики РЭ органом управления в сфере здравоохранения 144
3.1.3. Порядок применения методики РЭ в медицинских организациях 149
3.1.4. Периодичность оценки и оформление результатов 151
3.1.5. Заключительные положения 152
3.2. Экспериментальное тестирование методики рейтинга 152
3.3. Анализ результатов тестирования для обоснования управленческих решений 165
ЗАКЛЮЧЕНИЕ 178
СПИСОК ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ 187
ПРИЛОЖЕНИЯ 213

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВОП– врач общей практики

ГМО, Поликлиники – медицинские организации государственной системы здравоохранения, оказывающие взрослому населению первичную медико–санитарную помощь в г. Москва

ДЗМ – Департамент здравоохранения города Москвы

ЕМИАС – Единая медицинская информационно – аналитическая система города Москвы

КПЭ – ключевые показатели эффективности

МО – медицинская организация

НИР – научно – исследовательская работа

НКО – нормативный критерий оценки

НОК – независимая оценка качества работы государственных учреждений здравоохранения

НОП– итоговый набор оценочных показателей

ПМО – профилактический медицинский осмотр

ПМСП – первичная медико – санитарная помощь

ПУР– принимаемые управленческие решения

РЭ – рейтинг эффективности

СКУР – Стандарт качества управления ресурсами

СНП – стартовый набор оценочных показателей

ССП – система сбалансированных показателей

ТФР – типовая форма заполнения данных для рейтинга

ФХД – финансово–хозяйственная деятельность

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

Сфера здравоохранения, являясь одной из наиболее консервативных сфер человеческой деятельности, в последнее время переживает идейную и технологическую трансформацию. В России на здравоохранение ежегодно расходуется около 3000 млрд. рублей, что требует организации эффективного управления имеющимися ресурсами на всех уровнях оказания населению медицинской помощи.

Современные условия формирования нового технологического уклада требуют фундаментального пересмотра всех процессов организации управления работой медицинских организаций (МО) и в первую очередь амбулаторно – поликлинического звена, ее профилактической направленности, как основы системы оказания медицинской помощи[1].

Совершенствование процесса оказания первичной медико–санитарной помощи (ПМСП) остается неизменным приоритетом государственной политики Российской Федерации на протяжении многих лет. С этой целью реализуются национальные и региональные проекты в сфере здравоохранения («Продолжительная и активная жизнь», «Новые технологии сбережения здоровья»), совершенствуется система обязательного медицинского страхования[2] разрабатываются различные методики по оценке качества и доступности медицинской помощи.

Процесс реформирования сектора здравоохранения активно идет и во многих европейских странах[3], при этом фокус внимания сосредоточен на организации первичной медико–санитарной помощи.

---

[1] Шевский В. И. Новые модели первичной медико–санитарной помощи: зарубежный опыт и российские перспективы / В. И. Шевский, И. М. Шейман, С. В. Шишкин // Социальные аспекты здоровья населения, 2022, Т. 68, № 2, с. 2, DOI 10.21045/2071–5021–2021–68–2–2.

[2] Шишкин С. В. Эволюция и перспективы системы обязательного медицинского страхования в России / С. В. Шишкин // Экономическая политика, 2023, Т. 18, № 1, С. 8–33, DOI 10.18288/1994–5124–2023–1–8–33.

[3] Научное обоснование подходов к преобразованию деятельности амбулаторно–поликлинических учреждений, подведомственных ДЗМ. Отчет о НИР/НИОКР (промежуточный), 2023, 254 с. Номер государственной регистрации: 123032100061–9. Режим доступа: корпоративный доступ.

Правительство Москвы при обосновании стратегических направлений развития здравоохранения ставит своей целью повышение эффективности деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико–санитарную помощь и внедрение мониторинга эффективности деятельности медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы на основании утвержденных показателей эффективности их руководителей и работников.

Эффективность деятельности медицинской организации во многом зависит от качества принимаемых управленческих решений, в связи с чем особую актуальность приобрел вопрос применения руководителями медицинских организаций таких инструментов управления, которые помогают собирать необходимую информацию, проводить глубокий анализ, оценивать риски, вырабатывать оптимальный план действий и способствуют рациональному использованию ресурсов, минимизации рисков и поддержанию высокой конкурентоспособности организации.

Одним из таких инструментов является рейтингование. В глобальном масштабе рейтинг медицинских организаций рассматривается как один из эффективных инструментов управления. Он помогает сопоставлять результаты их работы по основным общепринятым показателям, что позволяет корректировать стратегию для достижения оптимальных результатов и оценки эффективности. Составление таких рейтингов призвано выявить как сильные, так и слабые стороны деятельности оцениваемого субъекта в определенный период времени, а также проследить динамику изменений.

В системе здравоохранения стран, где преобладает бюджетно–страховая система финансирования, особое место занимают государственные медицинские организации[4]. В Российской Федерации, относящейся как раз к таким странам, вопросы эффективности деятельности государственных медицинских организаций

[4] Аксенова Е. И. Анализ практики применения действующих систем оплаты медицинской помощи и оплаты труда медицинского персонала в зарубежных странах с учетом принципов ценностно–ориентированного здравоохранения: монография / Е. И. Аксенова, С. С. Бударин, Ю. В. Бударина. Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2024, 201 с., ISBN 978–5–907805–64–4.

являются предметом интереса и контроля соответствующих государственных ведомств. На федеральном уровне разрабатываются документы, мотивирующие медицинские организации к достижению оптимальных результатов на основе оценки эффективности их деятельности[5], но пока их недостаточно для обеспечения единых методических подходов к формированию оценок эффективности на разных уровнях управления. В государственном секторе подход к оценке эффективности хозяйствующих субъектов базируется на оценке достижения/недостижения запланированных показателей, задекларированных в отдельных нормативно–правовых актах. Фактически проводится изолированная оценка показателей, затрагивающих отдельные аспекты деятельности организаций, что не дает полноценной оценки эффективности.

Несмотря на наличие значительных достижений в области управления качеством медицинских услуг, ресурсным потенциалом, доступностью медицинской помощи и удовлетворенностью пациентов, остаётся необходимость в создании комплексной методологии, учитывающей все аспекты деятельности и позволяющей объективно оценивать результаты деятельности медицинских организаций для принятия обоснованных управленческих решений.

Данные обстоятельства обусловили выбор темы, цели и задач, объекта и предмета исследования, определили его структуру.

Степень разработанности проблемы

Понимание термина «рейтинг», прийдя из английского языка со временем сильно эволюционировало. Советский энциклопедический словарь[6] (выпуск 1987 г.) дает следующую трактовку: «рейтинг – это индивидуальный числовой показатель оценки спорт. достижений шахматиста (шашиста) в классификационном списке (рейтинг–лист) ежегодно составляемом ФИДЕ

[5] Эльбек Ю. В. Перспективы применения методологии рейтингования медицинских организаций / Ю. В. Эльбек, С. С. Бударин // Труды Научно–исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента: Сборник научных трудов / Под общей редакцией Е.И. Аксеновой. Том Выпуск 4 (14). – Москва: Государственное бюджетное учреждение города Москвы "Научно–исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы", 2022, с. 87–93.

[6] Советский энциклопедический словарь [Текст электронный] / гл. ред. А. М. Прохоров; редкол. А. А. Гусев– 4–е изд. – М: Сов. энциклопедия, 1987. – 1600 с. Режим доступа: https://archive.org/details/B–001–031–830–ALL/B–001–031–830–03–01/page/n5/mode/2up.

(ФМИД) для сильнейших шахматистов мира». Впоследствии С.И. Ожегов[7] известный русский языковед и лексикограф дает такое определение: «рейтинг – это показатель популярности какого – нибудь лица, а также фильма, представления, периодического издания; степень такой популярности»[8].

В более узком смысле определение «рейтинга» встречается в описании исследований по оценке финансового состояния хозяйствующего субъекта в работах С.М. Пястолова[9], Б.А. Райзберга[10,11], которые под рейтингом понимают оценку значимости (масштабности) фирмы (банка), а также показатель кредитоспособности компании. По мнению А.М. Карминского, А.А. Полозова[12:] «в определении рейтинга речь идет об оценке состояния субъекта рейтингования, а не о построении группы субъектов по некоторому ранжиру…». М.И. Баканов, М.В. Мельник, А.Д. Шеремет трактуют рейтинг как[13]:«индивидуальный числовой показатель оценки работы организации, позволяющий оценить эффективность ее социальной, производственной и экономической деятельности в сравнении с другими аналогичными организациями».

Основу для понимания сущности, принципов формирования и назначения рейтингов заложили работы ведущих зарубежных и российских ученых.

Вопросы международной практики рейтингования в системе здравоохранения представлены в работах Cor-Paul Bezemer[14]; Yuce, T.K., Barnard,

---

[7] Егорова Т.В./Словарь иностранных слов современного русского языка. М: «Аделант»,2014, 800с. ISBN 978–5–93642–322–2.

[8] Толковый словарь русского языка: 100000 слов, терминов и выражений: [новое издание] / С. И. Ожегов; под общ. ред. Л. И. Скворцова, 28–е изд., перераб. Москва: Мир И образование, 2015, 1375, ISBN 978–5–94666–657–2

[9] Пястолов С. М. Основы экономики, менеджмента и маркетинга: Учебник / С. М. Пястолов. Москва: Компания КноРус, 2019, 246 с.,ISBN 978–5–406–06870–0.

[10] Курс экономики: учебник / Б.А. Райзберг, Е.Б. Стародубцева; под ред. Б.А. Райзберга, 5–е изд., испр., Москва: ИНФРА–М, 2021, 686 с.

[11] Словарь современных экономических терминов / Б.А. Райзберг, Л.Ш. Лозовский. – 4–е изд., – Москва: Айрис–пресс, 2008, 480 с., ISBN 978–5–8112–3286–4.

[12] Карминский А. М. Энциклопедия рейтингов. Экономика, общество, спорт / А. М. Карминский, А. А. Полозов, 2–е издание, переработанное и дополненное. Москва: Издательство "Форум", 2016, 448 с., ISBN 978–5–8199–0644–6.

[13] Баканов М.И., Мельник М.В., Шеремет А.Д. Теория экономического анализа. Учебник. /Под ред. М.И. Баканова. 5–е изд., перераб. и доп. М.: Финансы и статистика, 2005, 536 с.

[14] Bezemer C.–P. (2024). Ratings in the Healthcare System: Levels and Indicators. 3(177). https://doi.org/10.34773/eu.2024.3.26.

C., Hobson, L., & Bilimoria, K. Y.[15]; Hill, J. E., Stephani, AM., Sapple, P. et al.[16]; Remington, P.L., Catlin, B.B. & Gennuso, K.P.[17].

Методология и технология проведения рейтинга в здравоохранении широко освещены в научных публикациях таких авторов как Т.А. Сибурина, А.А. Князев, Л.К. Лохтина, Ю.В. Мирошникова[18]; Г.Н. Барскова, Р.И. Девишев, Л.К. Лохтина[19]; А.М. Карминский[20]; Т.В. Чубарова, О.А Кислицына[21], С.А. Берташ, Е.П. Какорина, И.М. Степанов [и др.][22]; А.Л. Линденбратен[23]; И.А. Петрова[24]; Д.В. Мелик–Гусейнов, С.С. Бударин[25]; О.А. Волкова [и др.][26]; М.В. Авдеева, В.В. Ващенков,

[15] Yuce T. K., Barnard C., Hobson, L., & Bilimoria K. Y. (2022). The Imperfect Science of Publicly Reported Hospital Rating Systems: Lessons From Credit Rating Agencies. Quality Management in Health Care, 32, 127–130. Режим доступа: https://doi.org/10.1097/QMH.0000000000000378.

[16] Hill, J. E., Stephani, AM., Sapple, P. et al. Эффективность непрерывного повышения качества для развития профессиональной практики и улучшения результатов здравоохранения: систематический обзор. Implementation Sci 15, 23 (2020). Режим доступа: https://doi.org/10.1186/s13012–020–0975–2.

[17] Remington, P.L., Catlin, B.B. & Gennuso, K.P. The County Health Rankings: rationale and methods. Popul Health Metrics 13, 11 (2015). Режим доступа:https://doi.org/10.1186/s12963–015–0044–2.

[18] 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, № 5(27), с. 1.

[19] 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. 17.

[20] Карминский А. М. Энциклопедия рейтингов. Экономика, общество, спорт / А. М. Карминский, А. А. Полозов, 2–е издание, переработанное и дополненное. Москва: Издательство "Форум", 2016, 448 с., ISBN 978–5–8199–0644–6.

[21] Кислицына, О. А. Оценка системы здравоохранения в России: опыт построения регионального рейтинга / О. А. Кислицына, Т. В. Чубарова // Вестник Института экономики Российской академии наук, 2021, № 3, с. 35–71, DOI 10.52180/2073–6487_2021_3_35_71.

[22] Концептуальные и методические подходы к построению рейтингов медицинских организаций на основе независимой оценки качества медицинской помощи / С. А. Берташ, Е. П. Какорина, И. М. Степанов [и др.] // Здравоохранение, 2014, № 4, с. 68–77.

[23] Линденбратен А. Л. Методические подходы к оценке качества организации медицинской помощи / А. Л. Линденбратен // Здравоохранение, 2015, № 1, с. 74–79.

[24] Петрова И. А. К вопросу о методологии рейтингования медицинских организаций / И. А. Петрова // Бюллетень Национального научно–исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко, 2016, № 6, с. 51–55.

[25] Бударин С. С. Методический подход к оценке эффективности использования ресурсов медицинскими организациями / С. С. Бударин // Экономика и управление: проблемы, решения, 2020, Т. 3, № 7, с. 62–69, DOI 10.34684/ek.up.p.r.2020.07.03.007.

[26] Применение Стандарта качества управления ресурсами в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы в 2018–2020 годах: Методические рекомендации / Д. В. Мелик–Гусейнов, С. С. Бударин, О. А. Волкова [и др.]. Москва: Правительство Москвы Департамент здравоохранения города Москвы, 2019. 64 с.

В.С. Лучкевич, В.А. Баркаева[27]; Е.А. Тарасенко[28], О.А. Латуха, И.М. Сон, Ю.И. Бравве [29], Т.Н. Позднякова[30], А.Н. Пухальский[31].

Исследованию вопросов организационного развития медицинских организаций (учреждений) и внедрения современных технологий управления посвящены работы таких авторов, как Т.С. Алексеев[32]; А. Н. Попсуйко, Я. В. Данильченко, Е. А. Бацина [и др.][33]; В.И. Стародубов, Л.В. Руголь, Л.И. Меньшикова[34]; Улумбекова Г.Э[35]; В.И. Шевский, И.М. Шейман, С.В. Шишкин [36]; Л.В. Руголь[37], И.В. Смирнов[38]; А.Н. Петров[39]; В.М. Мануйлов, Н. П. Санина, М. В. Кравцова, А. Н. Щербюк, М. Н. Гусева[40].

Проблематика принятия управленческих решений в здравоохранении изучена в работах таких отечественных и зарубежных авторов, как О.В.

---

[27] Рейтингование медицинских организаций как способ повышения эффективности здравоохранения: история вопроса и перспективы использования / М. В. Авдеева, В. В. Ващенков, В. С. Лучкевич, В. А. Баркаева // Социальные аспекты здоровья населения, 2015, № 4(44), с. 2.

[28] 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. 2.

[29] Рейтинг устойчивого развития городских поликлиник региона / О. А. Латуха, И. М. Сон, Ю. И. Бравве [и др.] // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики, 2023, № 3, С. 824–840, DOI 10.24412/2312–2935–2023–3–824–840.

[30] Позднякова Т.Н. Методические подходы к формированию рейтинга лечебно–профилактических учреждений / Т. Н. Позднякова // XXI век: итоги прошлого и проблемы настоящего плюс, 2021, Т. 10, № 2(54), с. 67–72, DOI 10.46548/21vek–2021–1054–0012.

[31] Пухальский А. Н. Методологические особенности формирования национального рейтинга медицинских учреждений / А. Н. Пухальский // Медицина и образование в Сибири,2014, № 3, с. 7.

[32] Т. С. Алексеев Управление изменениями в здравоохранении" Издательство: ГЭОТАР–Медиа, 2022.

[33]Технологии управления: от теории к практике применения в учреждениях здравоохранения / А. Н. Попсуйко, Я. В. Данильченко, Е. А. Бацина [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения, 2020, Т. 66, № 5, с. 2., DOI 10.21045/2071–5021–2020–66–5–2.

[34] Стародубов В. И. Оптимальные модели центральных районных больниц: Учебно–методическое пособие / В.И. Стародубов, Л. В. Руголь, Л. И. Меньшикова. – Москва: ФГБУ «Центральный научно–исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2024, 74 с., ISBN 978–5–94116–153–9, DOI 10.21045/978–5–94116–153–9–2024.

[35] "Здравоохранение России. Что надо делать"ГЭОТАР–Медиа, 2019, с.416 – ISBN 978–5–9704–5417–6

[36] Шевский В. И. Новые модели первичной медико–санитарной помощи: зарубежный опыт и российские перспективы / В. И. Шевский, И. М. Шейман, С. В. Шишкин // Социальные аспекты здоровья населения, 2022, Т. 68, № 2, с. 2, DOI 10.21045/2071–5021–2021–68–2–2.

[37] Руголь Л.В. Научное обоснование формирования структуры поликлиники ЦРБ. Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание] 2021; 67(5):4.

[38] "Инновации в системе здравоохранения: управление и развитие" И. В. Смирнов Журнал: Здравоохранение и общество, 2023, том: 15, вып. 4, стр. 45–56.

[39] Петров А.Н. Организационное развитие медицинских учреждений в условиях цифровизации / А.Н. Петров // Менеджмент в здравоохранении,2023, Т. 8, вып. 1, с. 33–40.

[40] Управление государственной медицинской организацией в условиях цифровой трансформации здравоохранения / В. М. Мануйлов, Н. П. Санина, М. В. Кравцова [и др.] // Лидерство и менеджмент, 2022, Т. 9, № 2, с. 619–638, DOI 10.18334/lim.9.2.114135.

Аленичева[41]; А.Б. Гончарова[42]; С.А. Городкова[43]; А.Б. Махатова[44]; В.Ю. Данилов[45]; А.А. Кожевников и др.[46]; К.Р. Фарманян[47]; М.Г.Г. Мамедова и З.Г.Г. Джабраилова [48]; R. Blythe, S. Naidoo, C. Abbott[49]; I. Masik[50]; A. Dubromel, M.A. Duvinage–Vonesch, L. Geffroy, C. Dussart Y. [51]; Jackson, E. Janssen, R. Fischer[52]; M. Watson[53].

Изучением подходов к оценке эффективности медицинских организаций занимались и продолжают заниматься ученые и исследователи в области организации общественного здоровья и здравоохранения, такие как как В.О.

[41] Аленичева О.В. Проблемы принятия решений в органах государственного и муниципального управления / О.В. Аленичева // Исследования и разработки молодых ученых в решении актуальных проблем XXI века: сб. научных статей. Ответственные за выпуск О.Т. Ергунова, А.Ю. Титовец. Екатеринбург: Уральский государственный экономический университет, 2017, с. 3–10.

[42] Гончарова А.Б. Построение системы поддержки принятия решений в медицине / А.Б. Гончарова, Е.И. Сергеева // Интеграция наук, 2019, № 24 (1), с. 272–274.

[43] Городкова С.А. Особенности управленческих решений в системе здравоохранения на основе принципов бережливого производства / С.А. Городкова, Е.Б. Таскина // Вестник Забайкальского государственного университета, 2019, Т. 25, № 5, с. 105–113.

[44] Махатова А.Б. Влияние результатов оценки бремени болезней на принятие решения в процессе развития системы здравоохранения / А.Б. Махатова // OPEN INNOVATION: сборник статей XII Международной научно–практической конференции. Пенза, 23 апреля 2020. Пенза: Издательство: «Наука и Просвещение», 2020, с. 110–112.

[45] Данилов В.Ю. Управленческие решения в современном здравоохранении (на примере санаторных услуг) / В.Ю. Данилов // Информационные технологии, инновации, инвестиции, математические методы и модели: менеджмент, экономика, принятие решений, безопасность, риски: сборник статей. Тула: Тульский государственный университет, 2017, с. 69–72.

[46] Описание методики оценки и принятия решений в сфере здравоохранения / А.А. Кожевников, Н.М. Жилина, Д.Г. Данцигер, А.Е. Власенко // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: естественные и технические науки, 2019, № 8, с. 58–65.

[47] Фарманян К.Р. Особенности управленческих решений в системе здравоохранения на основе внедрения принципов бережливого производства / К.Р. Фарманян // Менеджмент в здравоохранении: вызовы и риски XXI века: сб. мат. VII международной научно–практической конференции. Волгоград, 17–18 ноября 2022 года. – Волгоград: Волгоградский государственный медицинский университет, 2023, с. 110–111.

[48] Мамедова М.Г.Г. Методы принятия решений в управлении трудоустройством медицинских специалистов / М.Г.Г. Мамедова, З.Г.Г. Джабраилова // Искусственный интеллект и принятие решений, 2017, № 3, С. 69–81.

[49] Development and pilot of a multicriteria decision analysis (MCDA) tool for health services administrators / R. Blythe, S. Naidoo, C. Abbott [et al.] // BMJ Open, 2019, Vol. 9, № 4, p. e025752.

[50] Masic I. Medical Decision Making – an Overview / I. Masik // Acta Inform Med, 2022, Vol. 30, № 3, P. 230–235.

[51] Organizational aspect in healthcare decision–making: a literature review / A. Dubromel, M.A. Duvinage–Vonesch, L. Geffroy, C. Dussart // J Mark Access Health Policy, 2020, Vol. 8, № 1, p. 1810905.

[52] The evolving role of patient preference studies in health–care decision–making, from clinical drug development to clinical care management / Y. Jackson, E. Janssen, R. Fischer [et al.] // Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res., 2019, Vol. 19, № 4, p. 383–396.

[53] Watson M. Panel discussion on the application of MCDA tools / M. Watson // Cost Eff Resour Alloc, 2018, Vol. 9, № 16, p. 40.

Щепин[54], В.И. Стародубов[55], Ф.Н. Кадыров[56], И.А. Егорова[57], Т.А. Пожидаева[58], Н.И. Яшина[59], К.П. Яблонский[60], С.С. Бударин[61].

Разработкой показателей для оценки эффективности МО занимались такие специалисты как С.А. Мартынчик и С.В. Филатенкова[62], Е.В. Сударушкина, М.В. Федорова, А.Р. Диязитдинова[63], О.К. Коробкова[64], К.В. Яцушко[65], С.М. Нестерова[66],Wang, H., Bian, C., Li, N., Xu, S., Wu, J., & Zhao, Y. [67]

---

[54] Современные подходы к рейтингу медицинских организаций на основе стратегии устойчивого развития учреждения здравоохранения / Ю. И. Бравве, В. О. Щепин, К. С. Толстова, О. А. Латуха // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2021, Т. 29, № 5, с. 1171–1178, DOI 10.32687/0869–866X–2021–29–5–1171–1178.

[55]Математическое моделирование в управлении эффективностью работы медицинских организаций, оказывающих помощь лицам пожилого возраста в стационарных условиях / А. Н. Эделева, В. И. Стародубов, М. А. Федоткин [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения, 2018, № 2(60),С. 2.

[56] Кадыров Ф.Н. Экономические методы оценки эффективности деятельности медицинских учреждений / / Ф. Н. Кадыров. – Москва: Менеджер здравоохранения, 2011,469 с.

[57] Егорова И.А. Методика оценки эффективности деятельности поликлиник УДП РФ / И.А.Егорова, В.П.Коровкин, С.П.Миронов // Кремлевская медицина, 2008. М., 2008, № 2, с.26.

[58] Пожидаева Т.А., Шамраева М.А., Федченко А.А. Анализ экономической эффективности деятельности бюджетной медицинской организации // Вестник Воронежского государственного университета. Серия: Экономика и управление, 2020. № 2, с. 75–89. DOI: 10.17308/econ.2020.2/2903

[59]Яшина Н. И. Разработка методических аспектов оценки эффективности деятельности лечебно–профилактических учреждений / Н. И. Яшина, Е. А. Хансуварова, К. С. Яшин // Управленец, 2016, № 4(62), с. 26–33.

[60] Яблонский К. П. Оценка эффективности деятельности медицинских организаций : специальность 08.00.05 "Экономика и управление народным хозяйством (по отраслям и сферам деятельности, в т.ч.: экономика, организация и управление предприятиями, отраслями, комплексами; управление инновациями; региональная экономика; логистика; экономика труда; экономика народонаселения и демография; экономика природопользования; экономика предпринимательства; маркетинг; менеджмент; ценообразование; экономическая безопасность; стандартизация и управление качеством продукции; землеустройство; рекреация и туризм)" : диссертация на соискание ученой степени кандидата экономических наук / Яблонский Казимир Петрович, 2020,451 с.

[61] Бударин С.С. Предложения по актуализации показателей оценки эффективности деятельности учреждений первичного звена на примере Москвы / С.С. Бударин // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучения. Вестник ВШОУЗ, 2024, Т. 10, № 2(36), с. 48–58, DOI 10.33029/2411–8621–2024–10–2–48–58.

[62] 104. Мартынчик С. А. Система показателей эффективности деятельности амбулаторно–поликлинических учреждений / С. А. Мартынчик, С. В. Филатенкова // Социальные аспекты здоровья населения, 2009, № 4(12).

[63] Сударушкина Е.В. Показатели оценки эффективности работы медицинских учреждений / Е. В. Сударушкина, М. В. Федорова, А. Р. Диязитдинова // XXIX Российская научно–техническая конференция: Материалы XXIX Российской научно–технической конференции профессорско–преподавательского состава, научных сотрудников и аспирантов университета с приглашением ведущих ученых и специалистов родственных вузов и организаций, Самара, 22–25 марта 2022 года. Самара: Поволжский государственный университет телекоммуникаций и информатики, 2022, с. 148.

[64] Коробкова О. К. Разработка системы сбалансированных показателей для оценки социально–экономической эффективности деятельности продуцентов услуг сферы здравоохранения / О.К. Коробкова // Вестник Хабаровского государственного университета экономики и права, 2018, № 1, с. 88–95.

[65] Яцушко К. В. Использование системы сбалансированных показателей для целей контроля эффективности деятельности бюджетных учреждений здравоохранения / К. В. Яцушко // РИСК: Ресурсы, Информация, Снабжение, Конкуренция, 2021, № 2, с. 119–124.

[66] Нестерова С.М. Особенности анализа эффективности управления медицинскими организациями стоматологического профиля на основе сбалансированной системы показателей. Режим доступа: https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti–analiza–effektivnosti–upravleniya–meditsinskimi–organizatsiyami–stomatologicheskogo–profilya–na–osnove–sbalansirovannoy.

[67] Wang, H., Bian, C., Li, N., Xu, S., Wu, J., & Zhao, Y. (2018). Establishing the county–level medical institutions performance evaluation indicator system based on the PATH model. Chinese Journal of Hospital Administration, 34(5), 366–370. Режим доступа: https://doi.org/10.3760/CMA.J.ISSN.1000–6672.2018.05.003.

Эти исследователи внесли значительный вклад в разработку и развитие методологических подходов к созданию рейтингов, оценке эффективности функционирования различных элементов системы здравоохранения.

Однако вопрос разработки универсальной методологии рейтинга как интегрированной и унифицированной оценки эффективности МО, включая оценку ресурсной базы, финансовых показателей, качества предоставляемых услуг и удовлетворённости пациентов, остается недостаточно проработанным, особенно в контексте повышения качества управленческих решений на разных уровнях управления в сфере здравоохранения[68]. Это обусловлено сложностью учета и унификации измерений множества факторов, влияющих на работу МО, необходимостью обеспечения объективности оценок и адаптации методик к специфике и конкретным условиям и задачам[69].

В связи с этим актуальным является создание научно обоснованной методологии рейтингования как унифицированной оценки результативности и эффективности систем управления медицинскими организациями, учитывающей широкий спектр показателей и критериев, применимой для любых стейкхолдеров и обеспечивающей возможность оперативного реагирования на изменения внешней среды и внутренние потребности организации, что и определило основную цель, задачи, объект и предмет исследования.

Теоретической и методологической базой исследования послужили труды отечественных и зарубежных авторов, посвящённые вопросам принятия управленческих решений, оценки эффективности деятельности медицинских организаций и разработке рейтинговых систем.

---

[68] Эльбек Ю. В. Нормативно–правовое и нормативно – методическое обеспечение применения рейтинга для оценки деятельности медицинских организаций / Ю. В. Эльбек // Труды научно–исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента: Сборник научных трудов. Том Выпуск 2 (12). – Москва: Государственное бюджетное учреждение города Москвы "Научно–исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы", 2022, с. 204–209.

[69] Эльбек Ю. В. Перспективы применения методологии рейтингования медицинских организаций / Ю. В. Эльбек, С. С. Бударин // Труды Научно–исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента: Сборник научных трудов / Под общей редакцией Е.И. Аксеновой. Выпуск 4 (14), Москва: Государственное бюджетное учреждение города Москвы "Научно–исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы", 2022, с. 87–93.

Использовались методы индексного и корреляционно–регрессивного анализа, метод дерева решений и экспертных оценок (определение веса для каждого оценочного показателя), а также современные подходы к созданию рейтинговых систем, основанные на принципах объективности, прозрачности и доступности информации, разработанные в рамках международной практики оценки эффективности организаций различных секторов экономики.

Для обработки статистической информации и обработки данных для расчета значений оценочных показателей и индексов эффективности использовались программные пакеты Microsoft Excel.

Информационной базой исследования являются данные годовой бюджетной отчетности МО за 2016–2023 гг. из системы бухгалтерского учета Департамента здравоохранения города Москвы Парус Бюджет 8, данные о деятельности медицинских организаций Москвы за 2016–2023 гг., отражаемые в формах федерального статистического наблюдения[70],[71],[72] официальные данные Росстата о размере средней зарплаты врачей и работников медицинских организаций[73],[74], данные Росстата о численности врачей и среднего медицинского персонала и заболеваемости[75], данные единой московской информационно–аналитической системы (ЕМИАС) о доступности медицинской помощи и материальном обеспечении медицинских организаций[76], данные официального

[70] Сборник «Показатели эффективности использования ресурсов здравоохранения города Москвы в разрезе административных округов за 2019–2023 годы». Режим доступа: https://niioz.ru/upload/iblock/d5d/d5d55addcf56869b22f7edb422f19822.jpg в режиме корпоративного доступа.

[71] Сборник «Показатели эффективности использования ресурсов здравоохранения города Москвы в разрезе административных округов за 2018–2022 годы». Режим доступа: https://niioz.ru/upload/iblock/586/58677af59158138ae5d6e110da383f8b.pdf в режиме корпоративного доступа.

[72] Сборник «Показатели эффективности использования ресурсов здравоохранения города Москвы в разрезе административных округов за 2016–2020 гг.». Режим доступа: https://niioz.ru/moskovskaya–meditsina/izdaniya–nii/sborniki/pokazateli–effektivnosti–ispolzovaniya–resursov–zdravookhraneniya–goroda–moskvy–v–razreze–administra/ в режиме корпоративного доступа.

[73] Росстат. Рынок труда, занятость и заработная плата. Среднемесячная начисленная номинальная и реальная заработная плата работников организаций. Режим доступа: https://rosstat.gov.ru/labor_market_employment_salaries.

[74] Росстат. Информационно–аналитические материалы Сведения по заработной плате работников в организациях по категориям персонала и профессиональным группам. Режим доступа: https://rosstat.gov.ru/compendium/document/60671.

[75] Росстат. Статистические издания. Регионы России. Социально–экономические показатели. Режим доступа: https://rosstat.gov.ru/folder/210/document/13204.

[76] Аналитическая подсистема ЕМИАС. Режим доступа: https://ap.emias.ru/#/ в режиме корпоративного доступа.

портала правовой информации России[77]и другие интернет источники, связанные с темой диссертации.

Целью исследования является научное обоснование целесообразности внедрения инструментов рейтингования для унификации оценок эффективности управленческих решений, принимаемых, на основании результатов деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению.

Для достижения заявленной цели в работе поставлены и решены следующие **задачи**:

– изучение и обобщение отечественного и зарубежного опыта рейтингования хозяйствующих субъектов;

– анализ нормативно–правового и методического обеспечения рейтингования и оценки результативности и эффективности медицинских организаций в российском правовом поле;

– формирование набора показателей, унификация и нормирование критериев их оценки в качестве основы проектирования рейтинговой системы для совокупности медицинских организаций, оказывающих ПМСП населению;

– разработка методики формирования рейтинга медицинских организаций, оказывающих ПМСП взрослому населению;

– подготовка регламента внедрения и практического применения указанной выше методики;

– апробация рейтингования в медицинских организациях, оказывающих ПМСП взрослому населению Москвы в тестовом режиме с целью корректировки и уточнения, используемых показателей и подходов к их нормированию;

– оценка результатов апробации и формирование практических рекомендаций по интерпретации результатов рейтинга для целей принятия управленческих решений.

[77] Официальный интернет–портал правовой информации. Режим доступа: http://www.pravo.gov.ru/.

Область исследования соответствует пунктам паспорта специальности ВАК 5.2.6. Менеджмент:

6. Методы и критерии оценки эффективности систем управления. Управление по результатам.

10. Проектирование систем управления организациями. Бизнес процессы: методология построения и модели оптимизации. Сетевые модели организации. Информационно–аналитическое обеспечение управления организациями.

32. Управление организациями социальной сферы (культура, наука, образование, здравоохранение).

Объектом исследования выступают медицинские организации государственной системы здравоохранения Москвы, оказывающие ПМСП взрослому населению.

Предметом исследования является информационно–аналитическое обеспечение унифицированной оценки результативности системы принятия управленческих решений в медицинских организациях, оказывающих ПМСП.

Научная новизна исследования заключается в разработанном научно–практическом инструментарии проектирования рейтинговой системы унификации оценок эффективности деятельности МО для целей оценки качества принимаемых управленческих решений и эффективности всей системы управления на уровне медицинских организаций, оказывающих ПМСМ взрослому населению.

К числу наиболее существенных (значимых) результатов, полученных лично автором диссертации и обладающих научной новизной, могут быть отнесены следующие:

1. Классифицированы подходы к использованию рейтингов для решения задач управления на основе обобщения международного и российского опыта применения рейтингов в здравоохранении, что позволило обосновать насущную потребность в разработке единой методологической базы решения задачи рейтингования МО для целей оценки качества принимаемых управленческих решений и оценки эффективности всей системы управления.

2. Предложен и обоснован новый концептуальный подход к проектированию системы показателей для формирования рейтинговой системы на основе систематизации существующих решений по оценке эффективности деятельности МО и отличающийся от известных за счет применения принципов унифицированности, сопоставимости, комплексности и единства такой оценки.

3. Разработаны и протестированы наборы оценочных показателей в рамках единой системы показателей, характеризующих эффективность деятельности медицинских организаций, оказывающих населению первичную медико–санитарную помощь, отличающиеся от известных тем, что предоставляют исчерпывающую информацию о работе медицинских организаций, позволяя своевременно корректировать управленческие решения и улучшать качество медицинской помощи, благодаря комплексному подходу, научной обоснованности, актуальности, унифицированности и универсальности.

4. Методологически обоснована и предложена единая система измерения значений оценочных показателей, позволяющая формировать индексы эффективности, на основе которых осуществляется построение рейтинга МО, что дало возможность существенного улучшения информационно–аналитического обеспечения принятия управленческих решений в отношении таких организаций.

5. Обосновано практическое применение предложенного инструментария, исходя из предположения, что оценка качества принятия отдельных управленческих решений в медицинских организациях и эффективности системы управления в целом может основываться на предложенной рейтинговой системе, внедрение которой базируется на разработанных в исследовании методике и регламенте ее применения, что позволит на основе интерпретации результатов рейтинга обеспечить информативную основу для принятия качественных управленческих решений, оптимизации функционирования МО и их ресурсного обеспечения.

Научная новизна проведенного диссертационного исследования раскрывается и конкретизируется в следующих **положениях, выносимых на защиту:**

1. Контент–анализ научных публикаций российских и зарубежных авторов, нормативно–правовой базы Российской Федерации свидетельствует о том, что методологическая база для формирования рейтинга медицинских организаций находится в стадии становления.

Установлено, что научные исследования, касающиеся рейтингования медицинских организаций, показывают множество различных подходов и методов. Однако ни один из них не стал общепринятым стандартом. В итоге каждый подход обладает своими уникальными чертами, подчеркивающими отдельные аспекты работы МО.

Выявлено, что нормативно–правовые акты Российской Федерации не содержат чётких и однозначных указаний относительно методологических основ формирования рейтинга МО. Законодательство регулирует общие требования к качеству медицинской помощи, порядкам и стандартам оказания медицинской помощи, но конкретные механизмы рейтингования остаются вне рамок правовой регламентации. Отсутствие единых нормативных требований к проведению рейтингования создаёт правовую неопределённость и оставляет простор для интерпретаций. Проведенный контент–анализ показал, что формирование рейтинга медицинских организаций в России сталкивается с рядом проблем, основными из которых являются:

– отсутствие единой методологической базы;

– разнообразие подходов и методик;

– недостаточность правовых норм.

Определено, что методология и технология реализации рейтинга представляют собой достаточно стандартизированную процедуру с определенным набором возможностей и широко обсуждаются в научных публикациях. В то же время, методические вопросы, касающиеся выбора показателей и их оценки, продолжают оставаться наиболее сложными проблемами при создании рейтингов.

В ходе диссертационного исследования на основе обобщения международного и российского опыта была сделана следующая классификация

подходов к использованию рейтингов для решения управленческих задач в здравоохранении:

1. По цели использования

Оценочный подход. Рейтинги используются для измерения и сравнения качества медицинских услуг, эффективности работы медицинских организаций или систем здравоохранения. Например, OECD Health Statistics–рейтинг организации экономического сотрудничества и развития, оценивающий системы здравоохранения стран–членов ОЭСР по уровню расходов на здравоохранение в процентах от ВВП; рейтинг института Legatum по оценке качества оказания медицинской помощи в мировых странах; Health Care Index for Country; рейтинг, Health Consumer Powerhouse по индексу Euro Health Consumer Index (EHCI), рейтинг городских поликлиник Москвы, публикуемый на сайте mosgorzdrav.ru.

Управленческий подход. Рейтинги применяются для принятия решений на разных уровнях управления – рейтинг здоровья США, рейтинг округов США на платформе America's Health Rankings (AHR), рейтинг Центров медицинской помощи и услуг Medicaid, рейтинг регионов России онлайн–журнала «Эксперт».

Мотивационный подход. Рейтинги стимулируют медицинские учреждения и персонал к улучшению качества услуг. Среди таких рейтингов можно отметить: U.S. News & World Report Best Hospitals Rankings (США); Newsweek World’s Best Hospitals; Top Hospitals by Thomson Reuters (now IBM Watson Health) (США); рейтинг американского агентства «Hospital Consumer Assessment of Health Care Providers and Systems» (HCAHPS); рейтинг медицинских учреждений на основе отзывов пациентов (сервисы «ProDoctorov», «НаПоправку»).

2. По уровню анализа результатов

Макроуровень. Рейтинги используются для оценки систем здравоохранения на национальном уровне. Например, Bloomberg Global Health Index, Euro Health Consumer Index (EHCI), Global Burden of Disease (GBD) Study, Health Care Index for Country, CEOWORLD Health Care Index, America's Health Rankings (AHR), рейтинги регионов России (журнал «Эксперт», ресурсный центр StratPlan, ВШОУЗ).

Мезоуровень. Рейтинги используются для оценки систем здравоохранения на региональном уровне или на уровне медицинских учреждений. Например, America's Best Hospitals: the 2024–2025 Honor Roll and Overview (рейтинг лучших больниц по версии журнала US News & World Report); Newsweek World's Best Hospitals; (рейтинг «Лучшие клиники мира» по версии журнала Newsweek, Германия); NHS Performance Ratings (рейтинг трастов NHS, Великобритания).

Микроуровень. Рейтинги используются для оценки работы отдельных медицинских специалистов. Например, рейтинги врачей на различных платформах (DocDoc; ProDoctorov; НаПоправку; Healthgrades, США; Zocdoc, США, Европа; Doctify, Великобритания; Top Doctors, Испания, Италия и Великобритания; Practo, Южная Азия); рейтинги врачей в специализированных изданиях («Здоровье Mail.ru», «Медвестник»).

3. По методологии формирования рейтингов

Количественный подход. Рейтинги строятся на основе объективных статистических данных. Bloomberg Global Health Index; CEOWORLD Health Care Index; Hospital Safety Grade by The Leapfrog Group (США); America's Health Rankings (AHR).

Качественный подход. Рейтинги учитывают субъективные оценки (мнение пациентов, мнение экспертов) – Health Care Index for Country; рейтинг HCAHPS, рейтинг московских поликлиник.

Комбинированный подход. При построении рейтинга учитываются и количественные и качественные показатели, то есть это рейтинги, в которых отражаются как статистические данные, так и отзывы пациентов. Среди них можно выделить рейтинг онкологических стационаров Москвы.

4. По источникам данных

Официальные данные. Рейтинги формируются как правило на основе данных официальной статистической отчетности, предоставляемых государственными органами или медицинскими учреждениями. Например, рейтинг «Показатели здоровья населения РФ», «Эффективность систем здравоохранения регионов России», опубликованные на портале ОргздравЭксперт.

Независимые данные. Рейтинги строятся на данных, собираемых различными независимыми организациями – ежегодный рейтинг лучших врачей России, проводимый журналом Forbes, рейтинг регионов России онлайн – журнала Эксперт, рейтинг экспертного журнала о стоматологии Startsmile.

Пользовательские данные. Рейтинги формируются на основе отзывов пациентов или данных, собранных через платформы DocDoc; ProDoctorov; Healthgrades, США; Zocdoc, США, Европа; Doctify, Великобритания; Top Doctors, Испания, Италия и Великобритания; Practo, Южная Азия.

5. По степени публичности

Публичные рейтинги. Рейтинги открыто публикуются и доступны широкой общественности.

Внутренние рейтинги. Рейтинги используются внутри организаций или ведомств для принятия управленческих решений. Например, рейтинг поликлиник Москвы на базе Стандарта качества управления ресурсами (СКУР).

6. По географическому охвату

Международные рейтинги. Сравнивают системы здравоохранения или медицинские учреждения разных стран.

Национальные рейтинги. Оценивают региональные системы здравоохранения или медицинские учреждения в рамках одной страны.

Региональные рейтинги. Оценивают медицинские учреждения или муниципальные системы здравоохранения в рамках региона или области.

7. По субъектам оценки

Рейтинги для пациентов. Помогают пациентам выбирать медицинские учреждения или врачей–специалистов.

Рейтинги для управленцев. Используются руководителями для принятия управленческих решений.

2. Систематизация подходов к оценке эффективности медицинских организаций и выбору показателей для оценки эффективности медицинских организаций.

Анализ различных методических подходов к оценке эффективности медицинских организаций выявил, что на практике применяются, как правило, следующие подходы:

1. Классический подход – основывается на анализе общепринятых экономических показателей, таких как рентабельность, затраты и доходы. Этот подход часто критикуется за узкий фокус, не позволяющий учитывать качество медицинских услуг и удовлетворенность пациентов.

2. Подход, основанный на результатах – акцентирует внимание на конечных результатах деятельности МО, таких как улучшение здоровья пациентов, достижение целевых показателей и долговременные результаты лечения. В этом контексте акцент делается на оценке воздействия медицинских услуг на здоровье населения.

3. Пациентоориентированный подход – рассматривает эффективность с точки зрения пациентов, акцентируя внимание на их удовлетворенности качеством обслуживания, доступностью услуг и вниманием медицинского персонала. Этот подход способствует более полному пониманию того, как МО могут улучшить свою деятельность.

Однако сложность и многообразие факторов, влияющих на эффективность МО, требуют использования многомерных моделей оценки, которые объединяют различные подходы в комплексный подход, который и был выбран в данной работе. Среди активно обсуждаемых в научной литературе и применяемых на практике комплексных подходов к оценке эффективности хозяйствующих субъектов сферы здравоохранения были изучены Система сбалансированных показателей, Метод DEA (Data Envelopment Analysis) и Аудит эффективности.

Всестороннее изучение методических подходов к формированию показателей эффективности МО позволило определить наиболее оптимальный методологический подход к выбору показателей для построения рейтинга эффективности на основе триады Донабедиана и технологии SMART (Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time–bound).

3. Для выбора показателей оценки эффективности медицинских организаций предложено использовать метод «логическое дерево», основываясь на комплексном подходе, который учитывал экономические, медицинские и социальные аспекты работы МО. При этом особое внимание уделялось тому, чтобы показатели были актуальны, измеримы, понятны для пользователей (стейкхолдеров), информативны и взаимосвязаны с другими показателями.

Предложенный набор показателей отличается от существующих наборов рядом особенностей, которые делают его уникальным и полезным для измерения различных аспектов деятельности медицинских учреждений. Вот основные отличия и преимущества данного набора:

1. Унифицированность. Показатели, измеряемые в разных единицах (рубли, пациенты, минуты, проценты и т.д), измеряются в одной системе измерения – системе балльных оценок.

2. Сопоставимость. Показатели подходят для сравнения различных медицинских организаций по аналогичным параметрам независимо от их размера, территориального расположения и других характеристик.

3. Комплексность. Набор показателей охватывает широкий спектр характеристик, включая клинические результаты, и показатели, оценивающие экономический и социальный аспекты. Это позволяет получить всестороннюю картину эффективности работы медицинской организации.

4. Единство. Все показатели логически связаны между собой и дополняют друг друга, исключая дублирование.

Экспериментальное тестирование набора показателей осуществлялось в несколько этапов:

I этап – Сбор, обработка и определение достоверности данных МО, необходимых для расчета значений показателей на основании следующих источников информации:

1. Данные статистической отчетности, полученные в режиме корпоративного доступа[78],[79],[80];

– форма федерального статистического наблюдения № 30 «Сведения о медицинской организации», утвержденная приказом Росстата от 29.11.2024 № 594[81];

– форма федерального статистического наблюдения № 14–дс «Сведения о деятельности дневных стационаров лечебного–профилактического учреждения», утвержденная приказом Росстата от 30.12.2002 № 413[82];

– форма федерального статистического наблюдения № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации», утвержденная приказом Росстата от 13.11.2024 № 543[83];

– форма федерального статистического наблюдения № ЗП–здрав «Сведения о численности и оплате труда работников сферы здравоохранения по категориям персонала», утвержденная приказом Росстата от 31.07.2024 № 338[84];

– форма отраслевой статистической отчетности № 131/о «Сведения о проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации

[78] Сборник «Показатели эффективности использования ресурсов здравоохранения города Москвы в разрезе административных округов за 2019–2023 годы». Режим доступа: https://niioz.ru/upload/iblock/d5d/d5d55addcf56869b22f7edb422f19822.jpg в режиме корпоративного доступа.
[79] Сборник «Показатели эффективности использования ресурсов здравоохранения города Москвы в разрезе административных округов за 2018–2022 годы». Режим доступа: https://niioz.ru/upload/iblock/586/58677af59158138ae5d6e110da383f8b.pdf в режиме корпоративного доступа.
[80] Сборник «Показатели эффективности использования ресурсов здравоохранения города Москвы в разрезе административных округов за 2016–2020 гг.». Режим доступа: https://niioz.ru/moskovskaya–meditsina/izdaniya–nii/sborniki/pokazateli–effektivnosti–ispolzovaniya–resursov–zdravookhraneniya–goroda–moskvy–v–razreze–administra/в режиме корпоративного доступа.
[81] Приказ Росстата от 29.11.2024 № 594 «Об утверждении формы федерального статистического наблюдения № 30 «Сведения о медицинской организации» и указаний по ее заполнению».
[82] Приказ Минздрава РФ от 30.12.2002 № 413 «Об утверждении учетной и отчетной медицинской документации».
[83] Приказ Росстата от 13.11.2024 № 543 «Об утверждении формы федерального статистического наблюдения с указаниями по ее заполнению для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья».
[84] Приказ Росстата от 31.07.2024 № 338 «Об утверждении форм федерального статистического наблюдения для организации федерального статистического наблюдения за численностью и оплатой труда работников организаций, кадров государственной гражданской и муниципальной службы, условиями труда, движением работников, занятостью населения, численностью и потребностью организаций в работниках по профессиональным группам, численностью и заработной платой работников по категориям в организациях социальной сферы и науки».

определенных групп взрослого населения», утвержденная приказом Минздрава России от 10.11.2020 № 1207н[85].

2. Данные годовой бюджетной отчетности МО за 2019–2023 гг. из системы бухгалтерского учета Департамента здравоохранения города Москвы (ДЗМ) Парус Бюджет 8, полученные в режиме корпоративного доступа:

– форма 0503737 «Отчет об исполнении учреждением плана его финансово–хозяйственной деятельности»;

– форма 0503730 «Баланс государственного (муниципального) учреждения».

3. Данные Росстата о размере средней зарплаты врачей и работников МО за 2016–2023 гг. Данные доступны на официальном сайте Федеральной службы государственной статистики[86].

4. Данные ЕМИАС о доступности медицинской помощи и управлении материальным обеспечением, полученные в режиме корпоративного доступа.

5. Данные мониторинга по показателям смертности взрослого населения утверждены приказом ДЗМ от 25.12.2017 №923, полученные в режиме корпоративного доступа [87].

6. Данные отчетов по форме СКУР утверждены приказом ДЗМ от 12.09.2018 г. № 631[88], полученные в режиме корпоративного доступа.

7. Результаты анкетирования и/или социологических опросов, полученные в рамках выполнения научно–исследовательской работы (НИР).

Данные п.2–7 являются неотъемлемой частью отчетов о НИР[89].

---

[85] Приказ Минздрава России от 10.11.2020 № 1207н «Об утверждении учетной формы медицинской документации № 131/у «Карта учета профилактического медицинского осмотра (диспансеризации)», порядка ее ведения и формы отраслевой статистической отчетности № 131/о "Сведения о проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения", порядка ее заполнения и сроков представления».

[86] Росстат. Информационно–аналитические материалы Сведения по заработной плате работников в организациях по категориям персонала и профессиональным группам. Режим доступа: https://rosstat.gov.ru/compendium/document/60671.

[87] приказ ДЗМ от 25.12.2017 г. № 923 «Об организации мониторинга эффективности мероприятий по снижению уровня смертности, проводимых в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих первичную медико–санитарную помощь взрослому населению».

[88] приказ ДЗМ от 12.09.2018 г. № 631 «О внедрении Стандарта качества управления ресурсами в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы».

[89] Эффективное управление ресурсами столичного здравоохранения. научно–методическая и прогнозная оценка ресурсов в системе здравоохранения и влияние их достаточности на эффективность деятельности

II этап – Определение рисков при расчете значений оценочных показателей для их практического использования при ранжировании МО, которые оценивались исходя из:

– необходимости рассчитывать значение числителя (знаменателя) с учетом суммирования/вычитания множества данных (например, данные о количестве штатных должностей врачей разных специальностей и др.);

– необходимости сбора однотипных данных для расчета значения числителя (знаменателя) из отчетов за разные отчетные периоды (например, рассчитать годовое значение показателя на основе квартальных отчетов в ЕМИАС и др.);

– проверки достоверности отчетных данных, представленных МО с утвержденными формами отчетности.

III этап – Формирование сводных таблиц для расчета значений показателей.

На этапе сбора, обработки и оценки достоверности данных проведена корректировка стартового набора показателей с использованием методов, обеспечивающих объективность, достоверность, унифицированность и релевантность выбранных показателей. Для корректировки стартового набора оценочных показателей (СНП) и формирования итогового набора оценочных показателей (НОП) применены следующие научные методы[90]:

1. Метод экспертных оценок

В результате проведения опроса среди экспертов в области здравоохранения и руководителей медицинских организаций по вопросу целесообразности использования показателей, источников информации и возможности представления первичных данных МО, необходимых для расчета показателей в целях их включения в НОП для формирования рейтинга, эксперты высказали замечания, которые были разделены на две категории:

медицинских организаций. Отчет о НИР/НИОКР. Заключительный этап,3, 2023. Номер государственной регистрации: АААА–А20–120042490033–0. Режим доступа: корпоративный доступ.

[90] Эльбек Ю. В. Система показателей для оценки эффективности деятельности медицинских организаций на примере московских поликлиник / Ю. В. Эльбек // Здоровье мегаполиса,2023, Т. 4, № 2, с. 4–14, DOI 10.47619/2713–2617.zm.2023.v.4i2;4–14.

– методические замечания – касаются целесообразности применения отдельных показателей, их способности адекватно оценивать деятельность МО;

– технические замечания – касаются формул расчета, источников данных и ограничений, связанных с получением достоверной информации.

2. Эксплораторный и конфирматорный факторный анализ

Для установления релевантных и значимых показателей СНП с помощью эксплораторного и конфирматорного факторного анализа с учетом экспертного мнения был сформирован набор показателей, характеризующий четыре области оценки.

3. Метод исключения субъективных и недостоверных показателей

С целью обеспечения достоверности и объективности данных из НОП были исключены показатели, основанные на субъективных данных (например, результаты анкетирования пациентов), из–за сложности и дороговизны их сбора и показатели, данные для которых собираются из регистров первичного учета МО, не входящих в официальную бухгалтерскую и статистическую отчетность. В область «Качество управления ресурсами» включены только показатели, характеризующие качество управления финансовыми ресурсами, данные для которых собираются из достоверных источников (бухгалтерская и статистическая отчетность).

4. Оптимизация областей оценки

Для упрощения и повышения точности оценки области III «Качество управления процессами доступности медицинской помощи в амбулаторных условиях» и IV «Качество управления результатами» объединены в одну. Итоговая группировка областей оценки включает три области: A – обеспеченность ресурсами, B – качество управления финансовыми ресурсами и C – доступность и результат.

4. Предложена унифицированная система измерения значений оценочных показателей, позволяющая формировать индексы эффективности, на основе которых осуществляется построение рейтинга медицинских организаций.

С целью осуществления унификации методического подхода к оценке НОП,

все показатели которого имеют различные единицы измерения (%, руб./чел. и др.), предложено использование метода балльных оценок, при котором значение каждого показателя оценивается в баллах с помощью нормативного критерия оценки (НКО) и веса показателя.

НКО связан с направлением движения значения показателя (в сторону уменьшения или увеличения) в зависимости от того, какое лучшее значение требуется достигнуть. Уровень 1 НКО соответствует минимальному значению достижения желаемого результата по показателю, а уровень 4 НКО соответствует максимальному значению достижения желаемого результата по показателю. При этом максимальное значение не означает возможное наивысшее достижение значения показателя, а достижение значение показателя ниже минимального означает присуждение показателю уровня 0.

Определение веса показателей основано на предварительном анализе данных бухгалтерской и статистической отчетности МО за период с 2016 по 2021 год, а также на экспертно–опытной оценке применения этих весов.

Для расчета балльных оценок используются формулы в зависимости от направления движения значения показателя в сторону лучшего результата (чем больше, тем лучше или чем меньше, тем лучше). Учитывая специфику здравоохранения, не все показатели, достигающие максимального значения, свидетельствуют о положительном результате. Наиболее ярким примером являются показатели смертности, когда увеличение показателя в динамике или более высокий показатель у какой–то МО по сравнению с другими является плохой тенденцией.

Для показателей, где лучший результат оценивается как максимальное значение, расчет балльных оценок производится по формуле (3):

$$PA_n = X_n \times (P_n/Y_n + Z_n)$$

Для показателей, где лучший результат оценивается как минимальное значение, расчет балльных оценок производится по формуле (4):

$$PA_n = X_n \times (1 - P_n/Y_n + Z_n)$$

где,

РА– балльная оценка,

P_n – значение показателя,

X_n – вес показателя,

Y_n – нормативный критерий оценки,

Z_n – уровень достижения критерия оценки.

Алгоритм расчета РА (балльной оценки) включает несколько этапов.

1. На первом этапе рассчитывается значение показателя (Р), представляющее собой отношение числителя (N) к знаменателю (D), параметры которых предусмотрены для каждого показателя с указанием источников данных, необходимых для расчета.

В случае одноименных единиц измерения полученный результат умножается на 100%. В остальных случаях результат отражается в единицах измерения N и D.

Например, значение показателя «Доходы МО в расчете на одного прикрепленного гражданина за отчетный период, руб./чел. (P_1)» рассчитывается по формуле (5):

$$P1 = \frac{N1.1}{D1.2}$$

где,

Р1– доходы МО в расчете на одного прикрепленного гражданина за отчетный период, руб./чел.,

N 1.1– сумма доходов за отчетный период, руб.,

D 1.2 – средняя численность прикрепленного населения за отчетный период, чел.

Значение показателя «Отношение суммы доходов с учетом остатков на начало отчетного периода к произведенным расходам, % (P_5)» рассчитывается по формуле (6):

$$P5 = \frac{N5.1}{D5.2} x100\%$$

где,

P5– отношение суммы доходов с учетом остатков на начало отчетного периода к произведенным расходам, %,

N5.1– сумма доходов за отчетный период и остатков на начало отчетного периода, руб.,

D5.2– сумма произведенных расходов за отчетный период, руб.

2. На втором этапе значение показателя сравнивается со значениями, соответствующими уровню НКО и достижение определенного уровня является величиной Z_n.

3. На 3 этапе осуществляется расчет интегральной оценки эффективности.

Интегральное оценивание эффективности МО заключается в последовательном выполнении процедур формирования оценок показателей, входящих в НОП и их интерпретации.

Оценка эффективности в данном случае представляет собой индекс эффективности, который является интегральным показателем, отражающим комплексную оценку эффективности, включая качество управления ресурсами и достижение результата и рассчитывается как отношение интегральной оценки результативности к интегральной оценке обеспеченности ресурсами и рассчитывается по формуле (7):

$$I_e = \frac{IAc}{IAa}$$

где,

I_e – Индекс эффективности,

I_{Ac} – интегральная оценка результативности (доступности),

I_{Aa} – интегральная оценка обеспеченности ресурсами.

Интегральные оценки результативности (доступности) I_{Ac} и обеспеченности ресурсами I_{Aa} определяются как сумма балльных оценок НОП (формулы 8,9), которые рассчитаны по формулам (3) или (4), по соответствующей области: I_{Ac} =∑РА показателей области С , I_{Aa} = ∑РА показателей области А.

Индекс эффективности (I_e) показывает, насколько эффективно используются ресурсы для достижения желаемых результатов, и являясь интегральным показателем, включает в себя комплекс показателей, связанных с достижением целей, что позволяет использовать его для построения рейтинга в целях оценки качества принятия управленческих решений на этапе оценки результата.

5. Определено, что оценка качества принятия управленческих решений в медицинских организациях может основываться на рейтинге эффективности, внедрение которого базируется на разработанной методике формирования рейтинга эффективности управления медицинских организаций и регламенте ее применения.

Целью методики является создание инструмента для оценки качества принятия управленческих решений. Методика включает основные положения о целях и задачах, выбор ключевых показателей и критериев их оценки, этапы сбора и обработки первичных данных, перечень источников информации для сбора первичных данных, единую унифицированную систему измерения значений показателей, алгоритм расчета значений показателей и расчет индексов эффективности.

Индекс эффективности (I_e) показывает, насколько эффективно используются ресурсы для достижения желаемых результатов, и являясь интегральным показателем, включает в себя комплекс показателей, связанных с достижением целей и экономичностью использованных ресурсов, что позволяет использовать его в качестве интегрального показателя оценки эффективности принятия управленческих решений на этапе оценки результата для построения рейтинга.

Дополнительный индекс эффективности I_{e1} учитывает не только обеспеченность ресурсами, но и качество управления ими. Он рассчитывается как отношение интегральной оценки результативности (I_{Ac}) к сумме интегральных оценок качества управления ресурсами ($I_{Aв}$) и обеспеченности ресурсами (I_{Aa}) по формуле (10):

$$I_{e1}=\frac{IAc}{IAa+IAв}$$

где,

I_{e1}– дополнительный Индекс эффективности 1,

I_{Ac} – интегральная оценка результативности (доступности),

I_{Aa} – интегральная оценка обеспеченности ресурсами,

$I_{Aв}$ – интегральная оценка качества управления ресурсами.

3. Дополнительный индекс эффективности I_{e2} позволяет оценить качество управления ресурсами относительно их обеспеченности. Он рассчитывается как отношение интегральной оценки качества управления ресурсами ($I_{Aв}$) к интегральной оценке по области обеспеченности ресурсами (I_{Aa}) по формуле (11):

$$I_{e2}=\frac{IAв}{IAa}$$

где,

I_{e2} – дополнительный Индекс эффективности 2,

$I_{Aв}$ – интегральная оценка качества управления ресурсами,

I_{Aa} – интегральная оценка обеспеченности ресурсами.

5–й этап. Преобразование результатов в рейтинг

Рейтинг формируется путем ранжирования МО на основе полученных значений интегральных оценок (I_e). Первое место в рейтинге занимает МО с наибольшим значением I_e, а остальные места распределяются по мере убывания значения. При равных значениях I_e выше в рейтинге располагается МО, у которой выше интегральная балльная оценка по области С.

Теоретическая значимость диссертационного исследования состоит в развитии концептуальных положений и унификации методических подходов к проектированию системы показателей, используемых при формировании рейтингов в сфере здравоохранения и их применения в качестве инструмента оценки эффективности управленческих решений.

Практическая значимость диссертационного исследования заключается в разработке методики формирования рейтинга эффективности управления МО как инструмента оценки качества принимаемых управленческих решений на разных уровнях управления и регламента ее применения. Этот инструмент

позволяет, как руководителям органов исполнительной власти, так и руководителям медицинских организаций обоснованно принимать управленческие решения с целью повышения эффективности МО. Преимуществом методики является вариативность ее применения в любых медицинских организациях государственной системы здравоохранения и в любом субъекте РФ с учетом адаптации системы оценочных показателей к конкретным условиям.

Обоснованность и достоверность основных положений диссертации обеспечивается использованием нормативных правовых документов, результатов фундаментальных и прикладных исследований, научных работ авторитетных исследователей и специалистов практиков в публикациях которых рассматриваются разнообразные аспекты управления медицинскими организациями и оценка их эффективности с целью обеспечения доступной и качественной медицинской помощи. Выводы диссертации подкреплены аргументированным применением современных научно–методологических подходов и практическими рекомендациями использования результатов рейтинга для оценки эффективности деятельности и принятия качественных управленческих решений.

Апробация и публикация результатов исследования

Основные результаты и выводы исследования были представлены и апробированы на всероссийских научно–практических и научных конференциях, в том числе на XIII Международной научно–практической конференции «Декабрьские чтения памяти С.Б. Барнгольц» (Москва, Финансовый университет, декабрь 2019 г.), на IV научно–практическом форуме организаторов здравоохранения (Москва, декабрь 2022 г.), на V научно–практическом форуме организаторов здравоохранения (Москва, декабрь 2023 г.), на VI научно–практическом форуме организаторов здравоохранения (Москва, декабрь 2024 г.).

Результаты диссертации внедрены и используются в практической деятельности ГАУДПО «Уральский институт управления здравоохранением им. А.Б. Блохина» (ГАУДПО). В частности, использовались методические подходы для расчета индекса эффективности деятельности медицинских организаций и

оценки управленческих решений в ГАУДПО. Основные положения диссертации применяются в научно–исследовательских работах по оценке эффективности управления в медицинских организациях и проведения медицинского аудита в ГАУДПО.

Аналитические материалы диссертационной работы нашли применение в практической деятельности ГБУЗ «Диагностический центр №3 Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ ДЦ №3) для корректировки управленческих решений и улучшении качества медицинской помощи, благодаря использованию набора оценочных показателей в рамках единой системы оценки показателей, позволяющей получать исчерпывающую информацию о работе соответствующих подразделений ГБУЗ ДЦ №3.

Основные положения, изложенные в диссертации, опубликованы в научных трудах, в том числе в 7 рецензируемых изданиях (К1–К3), рекомендованных Высшей аттестационной комиссией России по специальности, соответствующей представляемой к защите. Результаты исследования отражены автором в следующих научных статьях:

1. Эльбек Ю.В. Международный опыт и российская практика рейтингования медицинских организаций / Ю.В. Эльбек // ЭТАП: экономическая теория, анализ, практика. – 2022. – № 3. – С. 141-160.
2. Эльбек Ю.В. Исследование зависимости темпа роста заработной платы медицинских работников от их численности в условиях пандемии / Ю.В. Эльбек // Экономика и управление: проблемы, решения. – 2021. – Т. 1. – № 11(119). – С. 56-60.
3. Эльбек Ю.В. Перспективы использования комплексной оценки ресурсного потенциала медицинских организаций / С. С. Бударин, Ю.В. Эльбек // Аудит и финансовый анализ. – 2020. – № 3. – С. 181-184.
4. Эльбек Ю.В. Влияние качества управления ресурсами на доступность медицинской помощи / С.С. Бударин, Ю.В. Эльбек // Вестник Казанского государственного аграрного университета. – 2020. – Т. 15. – № 3(59). – С. 88-93.

5. Эльбек Ю.В. Основные принципы организации аудита эффективности использования ресурсов / С.С. Бударин, Ю.В. Эльбек // Вестник Воронежского государственного аграрного университета. – 2020. – Т. 13. – № 3(66). – С. 174-181.
6. Эльбек Ю.В. Оценка эффективности использования финансовых ресурсов медицинских организаций / С.С. Бударин, Ю.В. Эльбек, Д.О. Ватолин // Экономика и управление: проблемы, решения. – 2020. – Т. 2. – № 7. – С. 32-38.
7. Эльбек Ю.В. Стандартизация в сфере государственного аудита / С. С. Бударин, Ю. В. Эльбек // Инновационное развитие экономики. – 2016. – № 4(34). – С. 232-239.

Структура диссертации обусловлена поставленными целью и задачами. Диссертационное исследование состоит из введения, трех глав, 9 параграфов, заключения, списка использованной литературы и источников. Основной текст диссертационной работы изложен на 186 страницах, включает в себя 31 таблицу, 24 рисунка и 7 приложений. Список использованных источников содержит 199 наименований на русском и иностранных языках.

Во введении диссертации обоснована актуальность представленного исследования, изложена степень разработанности научной проблемы, теоретическая и методологическая основа, цель и задачи исследования, научная новизна полученных результатов, положения, выносимые на защиту и сведения об апробации.

В первой главе «Теоретические и методические аспекты применения использования рейтинговых систем в здравоохранении» рассматриваются основные понятия, сущность, виды и принципы формирования рейтингов, описаны роль и значение рейтингов, используемых в здравоохранении на основе российского и зарубежного опыта.

Во второй главе «Концептуальные подходы к формированию рейтинговых унифицированных моделей оценки эффективности управления государственными медицинскими организациями» представлены научно–обоснованные подходы к оценке эффективности деятельности медицинских организаций, результаты

разработки методики формирования рейтинга эффективности медицинских организаций как инструмента оценки качества управленческих решений для медицинских организаций, оказывающих взрослому населению первичную медико–санитарную помощь, обоснован выбор оценочных показателей, используемых для построения рейтинга, предложена унифицированная система измерения значений оценочных показателей, позволяющая формировать индексы эффективности, на основе которых осуществляется построение рейтинга медицинских организаций.

В третьей главе «Практическая апробация и тестирование рейтинговой системы на примере медицинских организаций, оказывающих первичную медико–санитарную помощь взрослому населению в г. Москва» представлен организационно–методический механизм применения методики в виде Регламента, приведены результаты апробации на примере медицинских организаций Москвы, сформированы предложения по методам анализа результатов рейтинга медицинских организаций.

В заключении диссертации обобщены результаты проведенного исследования, сформулированы основные выводы и рекомендации.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕЙТИНГОВЫХ СИСТЕМ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

1.1. Основные понятия, сущность, виды и принципы формирования рейтингов

Определяя понятийный аппарат настоящего исследования, необходимо начать с понятия «рейтинг». Само слово заимствовано в английском языке и в переводе (англ. rating) означает: 1) классификация по классам; 2) относительная оценка или оценка; 3) оценка процента публики, слушающей или смотрящей определенную радио– или телевизионную программу; 4) оценка кредитоспособности и ответственности отдельного лица или предприятия; 5) установленный рабочий предел машины, выражаемый в единицах мощности (например, в киловаттах генератора постоянного тока) или в характеристиках (например, в напряжении)[91].

В Оксфордском словаре английского языка[92] под рейтингом понимается оценка (особенно по установленной шкале) ценности, характеристик или содержания чего–либо, предлагаемого на коммерческой основе.

В Советском энциклопедическом словаре 1987 г. выпуска дается следующее определение рейтинга: «рейтинг – это индивидуальный числовой показатель оценки спорт. достижений шахматиста (шашиста) в классификационном списке (рейтинг–лист) ежегодно составляемом ФИДЕ (ФМИД) для сильнейших шахматистов мира»[93]. Впоследствии это понимание расширилось. Например, Ожегов дает такое определение: «рейтинг – это показатель популярности какого–нибудь лица, а также фильма, представления, периодического издания; степень такой популярности»[94]. В словаре иностранных слов современного русского языка

---

91 Definition of Rating: Merriam–Webster dictionary, 2024. Режим доступа: https://www.merriam–webster.com/dictionary/rating.

92 Definition of Rating: Oxford English Dictionary (OED), 2024. Режим доступа: https://www.oed.com/search/dictionary/?scope=Entries&q=rating.

93 Советский энциклопедический словарь [Текст электронный] / гл. ред. А. М. Прохоров; редкол. А. А. Гусев– 4–е изд.,М: Сов. энциклопедия, 1987,1600 с. Режим доступа: https://archive.org/details/B–001–031–830–ALL/B–001–031–830–03–01/page/n5/mode/2up.

94 Толковый словарь русского языка: 100000 слов, терминов и выражений: [новое издание] / С. И. Ожегов; под общ. ред. Л. И. Скворцова, 28–е изд., перераб., Москва: Мир И образование, 2015, 1375, ISBN 978–5–94666–657–2.

содержится такое определение: «рейтинг – это оценка чьей–либо деятельности; соотношение популярности кого–либо или чего–либо, которое основывается на общественном опросе или мнении специалистов»[95].

В современных информационных источниках встречается множество толкований слова «рейтинг», которое зависит от сферы его применения. На сегодняшний день объекты или явления, в отношении которых составляются рейтинги, относятся ко всем основным сферам жизнедеятельности общества – социальной, экономической, политической и духовной. В повседневной жизни мы достаточно часто сталкиваемся с каким–либо рейтингом в интернете и различных СМИ. В зависимости от фокуса наших интересов и потребностей мы опираемся на данные рейтингов для выбора потенциально лучшего товара (услуги) или просто удовлетворяем свое любопытство, если речь идет об известных людях в интересующей нас сфере.

Доминирующе экономическое значение слово «рейтинг» приобретает с начала 90–х годов 20–го века в период формирования в России рыночной экономики. На сегодняшний день, ученые–экономисты в целом под «рейтингом» понимают комплексную оценку состояния исследуемого субъекта, на основании которой его можно отнести к некоторому классу или категории для проведения сравнительных оценок[96,97].

В более узком смысле определение «рейтинга» встречается в описании исследований по оценке финансового состояния хозяйствующего субъекта. Так, С.М. Пястолов, Б.А. Райзберг и др. под рейтингом понимают оценку значимости (масштабности) фирмы (банка), а также показатель кредитоспособности

---

[95] Егорова Т.В./Словарь иностранных слов современного русского языка. М:«Аделант»,2014, 800с. ISBN 978–5–93642–322–2.

[96] Исмагилова Л.А., Гилева Т.А Основы построения рейтинга развития промышленных предприятий // Journal of new economy, 2005, №12. Режим доступа: https://cyberleninka.ru/article/n/osnovy–postroeniya–reytinga–razvitiya–promyshlennyh–predpriyatiy.

[97] Карминский А. М. Кредитные рейтинги и их моделирование / А. М. Карминский,М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2015, 304 с.

компании[98,99,100]. Ряд ученых (М.И. Баканов, М.В. Мельник, А.Д. Шеремет) под рейтингом понимают: «индивидуальный числовой показатель оценки работы организации, позволяющий оценить эффективность ее социальной, производственной и экономической деятельности в сравнении с другими аналогичными организациями»[101,102].

По мнению А.М. Карминского, А.А. Полозова «в определении рейтинга речь идет об оценке состояния субъекта рейтингования, а не о построении группы субъектов по некоторому ранжиру, при этом под рейтингом можно также понимать величину, характеризующую субъект и позволяющую при сопоставлении с другим таким же субъектом оценить вероятность превосходства в конкурентной среде либо превосходство в прошедшие периоды времени»[103].

Резюмируя статьи, представленные в базе данных российского научного сообщества, мы приходим к выводу, что «*рейтинг* – это форма представления обобщающих результатов оценки деятельности экономического субъекта на основе ключевых показателей, элементы которой размещаются в определенной последовательности в зависимости от полученных значений этих оценок»[104]. На практике рейтинг представляет собой систематизированный список объектов (индивидуумов, организаций, продуктов и т.д.), расположенный в порядке их значимости или качества, основанный на определенных критериях и показателях. Каждый объект получает баллы или оценки, которые определяют его позицию в рейтинге.

---

[98] Курс экономики: учебник / Б.А. Райзберг, Е.Б. Стародубцева; под ред. Б.А. Райзберга, 5–е изд., испр.,Москва: ИНФРА–М, 2021, 686 с.

[99] Словарь современных экономических терминов / Б.А. Райзберг, Л.Ш. Лозовский, 4–е изд., Москва: Айрис–пресс, 2008, 480 с., ISBN 978–5–8112–3286–4.

[100] Пястолов С. М. Основы экономики, менеджмента и маркетинга: Учебник / С. М. Пястолов. Москва: Компания КноРус, 2019, 246 с. ISBN 978–5–406–06870–0.

[101] Баканов М.И., Мельник М.В., Шеремет А.Д. Теория экономического анализа. Учебник. /Под ред. М.И. Баканова. 5–е изд., перераб. и доп. М.: Финансы и статистика, 2005, 536 с.

[102]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, № 5(27), с. 1.

[103] Карминский А. М. Энциклопедия рейтингов. Экономика, общество, спорт / А. М. Карминский, А. А. Полозов. 2–е издание, переработанное и дополненное. Москва: Издательство "Форум", 2016, 448 с., ISBN 978–5–8199–0644–6.

[104] Эльбек Ю. В. Перспективы применения методологии рейтингования медицинских организаций / Ю. В. Эльбек, С. С. Бударин // Труды Научно–исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента: Сборник научных трудов / Под общей редакцией Е.И. Аксеновой. Выпуск 4 (14). Москва: Государственное бюджетное учреждение города Москвы "Научно–исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы", 2022, с. 87–93.

Следует заметить, что в странах Запада под рейтингом подразумевают отнесение объектов к определенной категории или типу на основании совокупности характеристик, а список объектов, проранжированных по одному параметру, называют *рэнкингом.* Рэнкинги, в отличие от рейтингов, не ставят своей задачей прямую оценку объектов, а скорее предназначены для упорядочивания информации об этих объектах по одному или нескольким критериям. Часто рэнкинги составляются информационными агентствами на основе финансовых показателей, таких как капитализация, активы или выручка компаний. Примером может служить рэнкинг банков, который публикуется многими авторитетными изданиями, включая британский журнал The Banker. Таким образом, можно утверждать, что рэнкинги составляют, а рейтинги присваивают.

Рейтинги играют важную роль в современном обществе, предоставляя информацию, необходимую для принятия решений в различных сферах. Рейтинги помогают оценить качество работы организаций, продуктов или услуг. Это особенно полезно в условиях конкуренции, где потребители и инвесторы ищут лучшие варианты. Они позволяют сравнивать объекты по определенным критериям, что облегчает выбор между ними. Публикация рейтингов делает информацию о качестве и эффективности работы организации доступной широкой аудитории, способствуя повышению прозрачности и ответственности организаций, которые в свою очередь стремятся улучшить свои позиции в рейтингах, что стимулирует их к внедрению инноваций и повышению качества предоставляемых услуг. Кроме того, рейтинги предоставляют общественности полезную информацию о состоянии дел в различных областях, что помогает лучше понимать окружающий мир и принимать обоснованные решения. Некоторые рейтинги основаны на прогнозировании будущих событий, что позволяет организациям и частным лицам планировать свою деятельность и готовиться к возможным изменениям. Рейтинги часто используются государственными органами и международными организациями для принятия политических и экономических решений, основанных на объективных данных. Регулярные рейтинги позволяют

отслеживать изменения и контролировать выполнение поставленных задач, что особенно важно в сфере государственного управления и бизнеса. И наконец, рейтинги являются важным источником данных для научных исследований, помогая ученым анализировать тренды и делать выводы о развитии различных областей.

Количество видов рейтинга очень велико и в принципе бесконечно, поскольку бесконечно количество параметров, по которым может рейтинговаться объект или группа объектов. Существующее разнообразие рейтингов можно классифицировать по нескольким параметрам, основные из которых представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Классификация рейтингов

№п/п	Классификационный параметр	Виды рейтинга
1.	Область применения	корпоративные (оценивают эффективность компаний), отраслевые (оценивают образовательные, медицинские и др. учреждения)
2.	Стейкхолдер рейтинга	для внешних или внутренних пользователей; для потребителей услуг или органов власти (управления)
3.	Периодичность выпуска	периодические или непериодические
4.	Уровень охвата	межстрановые, межрегиональные, межрайонные
5.	Количество характеристик для оценки	однофакторные или многофакторные
6.	Метод расчета	качественные (основаны на экспертных оценках и анкетировании) и количественные (используют числовые показатели и математические модели)
7.	Тип информации	статические (основываются на фиксированных данных за определенный период) и динамические (учитывают изменения и обновления данных в реальном времени)
8.	Способ представления результатов	публикуемые на информационных ресурсах (сайтах) в открытом доступе или с ограничением доступа

Источник: Составлено автором

Анализ нормативно–правовой базы, регламентирующей вопросы рейтингования в сфере здравоохранения в России показал, что на сегодняшний день действующим законодательным актом в области рейтинговой деятельности

является федеральный закон от 13.07.2015 № 222–ФЗ, который регулирует деятельность только кредитных рейтинговых агентств[105]. Понятие рейтинговой деятельности в нем закреплено в соответствии со спецификой деятельности кредитных рейтинговых агентств[106]. В остальных сферах экономики действуют отраслевые подзаконные нормативные документы.

Например рейтингование деятельности исполнительных органов субъектов Российской Федерации, осуществляющих государственное управление в сфере образования, регулируется распоряжением Минпросвещения России; рейтинг органов службы занятости субъектов Российской Федерации составляется в соответствии с приказом Минтруда России; оценка эффективности функционирования систем управления охраной труда в организациях крупного, среднего и малого бизнеса производится на основании приказов Минтруда России и.т.д.

Государственное нормативное регулирование рейтингования в сфере здравоохранения осуществляется на основе сформировавшегося свода подзаконных нормативных документов, регламентирующих отношения, которые складываются в ходе проведения процедур формирования рейтинга различных субъектов (регионы, медицинские организации различного уровня подчинения и т.д.). В основном федеральном законе страны, регулирующем отношения в сфере здравоохранения № 323–ФЗ, понятия «рейтинг», «рейтингование», «рейтинговая деятельность» не определены. В данном законе определены основные принципы охраны здоровья; полномочия федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья; права и обязанности медицинских организаций; организация контроля в сфере охраны здоровья; ответственность в сфере охраны здоровья и др. Рейтингование основывается на

---

[105] Эльбек Ю.В. Нормативно–правовое и нормативно – методическое обеспечение применения рейтинга для оценки деятельности медицинских организаций / Ю. В. Эльбек // Труды научно–исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента: Сборник научных трудов. Выпуск 2 (12). Москва: Государственное бюджетное учреждение города Москвы "Научно–исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы", 2022, с. 204–209.

[106] Карминский А. М. Надо ли регулировать деятельность рейтинговых агентств? / А. М. Карминский // Глобальные рынки и финансовый инжиниринг,2014, № 1(1). с. 25–34.

документах, определяющих условия, алгоритм и инструментарий его проведения. Как правило, это издаваемые профильными министерствами и ведомствами приказы, методические рекомендации.

Первым документом, в котором речь идет о рейтинге среди медицинских организаций, является приказ Росздравнадзора 2008 года, предписывающий отделу координации деятельности территориальных управлений и национальных приоритетных проектов Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (Росздравнадзора) сформировать рейтинг учреждений родовспоможения в срок до 15.03.2008. Ссылка на методику формирования рейтинга учреждений родовспоможения в данном приказе отсутствует.

Благодаря инициативам руководства страны по улучшению качества и доступности медицинской помощи Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации во исполнение поручения Председателя Правительства Российской Федерации В.В. Путина от 28.04.2011 № ВП–П12–2794, по итогам его участия в работе Всероссийского форума медицинских работников, была разработана методика, призванная оценить деятельность медицинских организаций с целью формирования системы рейтингов медицинских организаций и размещения их на сайтах органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, далее – Методика Минздравсоцразвития[107].

Базой для оценки деятельности медицинских организаций послужили 12 статистических показателей, отражающих клиническую деятельность (например, летальность, количество послеоперационных осложнений); кадровую обеспеченность (укомплектованность медицинской организации врачебными кадрами и средним медицинским персоналом); кадровый потенциал (наличие у врачей и средних медицинских работников квалификационной категории); экономические аспекты деятельности учреждения (среднее число дней работы

[107] Эльбек Ю.В. Перспективы применения методологии рейтингования медицинских организаций / Ю. В. Эльбек, С. С. Бударин // Труды Научно–исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента: Сборник научных трудов / Под общей редакцией Е.И. Аксеновой. Выпуск 4 (14). Москва: Государственное бюджетное учреждение города Москвы "Научно–исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы", 2022, с. 87–93.

койки в году, число посещений на одного врача в год, доля посещений и доля койко–дней в стационарах, оплаченных за счет государственных источников финансирования). В совокупность оценочных показателей был включен и такой параметр, как «количество внеплановых проверок, проведенных Росздравнадзором и Роспотребнадзором, в том числе по жалобам пациентов, в ходе которых были выявлены нарушения в неоказании помощи, её несвоевременном оказании, либо оказании медицинской помощи ненадлежащего качества»[108].

Методика Минздравсоцразвития была апробирована на примере подведомственных учреждений Минздравсоцразвития России, а рейтинг подведомственных учреждений Минздравсоцразвития России размещен на официальном сайте Минздравсоцразвития России[109]. В соответствии с письмом Минздравсоцразвития России рекомендовано: «органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения ежегодно, начиная с 1 января 2012 г., с учетом мнения пациентов и в соответствии с компетенцией, формировать рейтинги медицинских организаций с использованием методики разработанной Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации и, ежегодно, до 1 января, размещать их на сайтах органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации»[110].

Как показала апробация Методики Минздравсоцразвития, использование только объективных статистических показателей без учета мнения населения об удовлетворенности качеством оказания медицинских услуг не позволяет достоверно определить место медицинской организации в рейтинге, поэтому она не стала востребованной и не закрепилась в российском здравоохранении[111].

---

[108] Эльбек Ю.В. Нормативно–правовое и нормативно – методическое обеспечение применения рейтинга для оценки деятельности медицинских организаций / Ю. В. Эльбек // Труды научно–исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента: Сборник научных трудов. Выпуск 2 (12). Москва: Государственное бюджетное учреждение города Москвы "Научно–исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы", 2022, с. 204–209.

[109] там же

[110] Письмо Минздравсоцразвития России от 14.02.2012 № 14–3/10/2–1243 «О формировании системы рейтингов медицинских организаций и размещения их на сайтах органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации».

[111] Эльбек Ю.В. Нормативно–правовое и нормативно – методическое обеспечение применения рейтинга для оценки деятельности медицинских организаций / Ю. В. Эльбек // Труды научно–исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента: Сборник научных трудов. Выпуск 2 (12). Москва: Государственное

Отсутствие показателей удовлетворенности населения качеством медицинского обслуживания в Методике Минздравсоцразвития стало новым толчком для совершенствования нормативно–правовой базы, регулирующей вопросы рейтингования в здравоохранении. Результатом стало издание приказа Минздрава России от 31.10.2013 № 810а, предписывающего проведение независимой оценки качества работы государственных учреждений здравоохранения (далее – НОК). НОК подразумевает оценку деятельности государственных учреждений здравоохранения по определенным критериям и составление рейтингов в соответствии с утвержденными методическими рекомендациями.

Еще одним нормативно–правовым актом, призванным устранить недостатки Методики Минздравсоцразвития стал приказ Миндзрава России от 12.09.2014 № 503, утвердивший методические рекомендации по формированию рейтингов государственных учреждений здравоохранения, включавшие объективные показатели и показатели удовлетворенности населения качеством работы. При этом состав объективных показателей был расширен блоками показателей о ресурсном обеспечении и результативности деятельности.

Взамен одновременно утративших силу приказов Минздрава России были утверждены методические рекомендации исключительно по проведению НОК, со следующим определением: «независимая оценка качества оказания услуг медицинскими организациями является одной из форм общественного контроля и проводится в целях предоставления гражданам информации о качестве оказания услуг медицинскими организациями, а также в целях повышения качества их деятельности», т.е. составление рейтинга исчезло из определения НОК. Но фактически, сама процедура оценки включает в себя, характерные для рейтинга принципы:

1. Расчет показателей, характеризующих общие критерии оценки качества оказания услуг медицинскими организациями (открытость и доступность

бюджетное учреждение города Москвы "Научно–исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы", 2022, с. 204–209.

информации о медицинской организации, комфортность условий предоставления медицинских услуг и доступность их получения, время ожидания получения медицинской услуги, доброжелательность, вежливость, компетентность работников медицинской организации, удовлетворенность оказанными услугами).

2. Выведение балльной оценки по результатам расчетов для каждой медицинской организации путем суммирования оценок по критериям и присвоение порядкового номера по мере уменьшения суммы баллов (медицинской организации, которая получила наивысшую балльную оценку, присваивается 1–й номер).

Таким образом, понятие «рейтинг» исчезло из правового поля российского законодательства, оставив только нормы, регламентирующие порядок проведения НОК.

Отсутствие нормативно–правовой базы федерального уровня, регламентирующей вопросы построения рейтингов в сфере здравоохранения, создает определенные трудности ее формирования и на региональном уровне, несмотря на имеющиеся у органов государственной власти субъектов РФ полномочия в сфере охраны здоровья, касающиеся разработки, утверждения и реализации программ развития здравоохранения[112].

Изучением вопросов рейтингования в здравоохранении занимались такие ученые и специалисты как Р.У. Хабриев[113]; Г.Э.Улумбекова[114]; А.Л. Линденбратен[115]; А.Д. Шеремет[116]; С.В. Шишкин, О.Ф. Понкратова, Е.Г.

---

[112] Эльбек Ю.В. Нормативно–правовое и нормативно – методическое обеспечение применения рейтинга для оценки деятельности медицинских организаций / Ю. В. Эльбек // Труды научно–исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента: Сборник научных трудов. Выпуск 2 (12). Москва: Государственное бюджетное учреждение города Москвы "Научно–исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы", 2022, с. 204–209.

[113] Хабриев Р. У. Сравнительный анализ систем здравоохранения на основе построения рейтинга / Р. У. Хабриев, М. Е. Коломийченко // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2024, Т. 32, № 3, с. 303–310, DOI 10.32687/0869–866X–2024–32–3–303–310.

[114] Улумбекова Г. Э. Рейтинг эффективности систем здравоохранения регионов РФ в 2019 г / Г. Э. Улумбекова, А. Б. Гиноян // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучения. Вестник ВШОУЗ, 2021, Т. 7, № 1(23), с. 4–16, DOI 10.33029/2411–8621–2021–7–1–4–16.

[115] Линденбратен А. Л. Методические подходы к оценке качества организации медицинской помощи / А. Л. Линденбратен // Здравоохранение,2015, № 1, с. 74–79.

[116] Шеремет А.Д., Сайфулин Р.С. Методика финансового анализа. М.: ИНФРА–М; 1995. 176 с.

Потапчик[117]; Т.В. Чубарова, О.А Кислицына [118]Т.А. Сибурина, А.А. Князев, Ю.В. Мирошникова[119]; Г.Н. Барскова, Р.И. Девишев, Л.К. Лохтина[120]; С. С. Бударин[121]; Е.А. Тарасенко[122]; С.А. Берташ, Е.П. Какорина, И.М. Степанов[123]; И.А. Петрова[124]; Д.В. Мелик–Гусейнов[125]; М.В. Авдеева, В.В. Ващенков, В.С. Лучкевич, В.А. Баркаева[126]; Е.В Поющева, Н.И. Яшина, О.И. Кашина[127]; Т.Н. Позднякова[128]; А.Н.Пухальский[129]. Они внесли значительный вклад в разработку методологических подходов, обеспечивающих единый взгляд на исследуемую проблему.

По мнению ученых и специалистов, общие принципы формирования рейтингов должны включать:

1. Принцип объективности

---

[117] 5. Рейтинг доступности и качества медицинской помощи в субъектах Российской Федерации / С.В. Шишкин, О.Ф. Понкратова, Е.Г. Потапчик, С.В. Сажина: препринт WP8/2019/01;
Нац. исслед. ун–т «Высшая школа экономики». М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2019
(Серия WP8 «Государственное и муниципальное управление»), 96 с.

[118] Кислицына, О. А. Оценка системы здравоохранения в России: опыт построения регионального рейтинга / О. А. Кислицына, Т. В. Чубарова // Вестник Института экономики Российской академии наук, 2021, № 3, с. 35–71, DOI 10.52180/2073–6487_2021_3_35_71

[119] 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, № 5(27), с. 1.

[120] 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. 17.

[121] Бударин С.С. Методический подход к оценке эффективности использования ресурсов медицинскими организациями / С. С. Бударин // Экономика и управление: проблемы, решения, 2020, Т. 3, № 7, с. 62–69, DOI 10.34684/ek.up.p.r.2020.07.03.007.

[122]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. 2

[123] Концептуальные и методические подходы к построению рейтингов медицинских организаций на основе независимой оценки качества медицинской помощи / С. А. Берташ, Е. П. Какорина, И. М. Степанов [и др.] // Здравоохранение, 2014, № 4, с. 68–77.

[124] Петрова И. А. К вопросу о методологии рейтингования медицинских организаций / И. А. Петрова // Бюллетень Национального научно–исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко, 2016, № 6, с. 51–55.

[125]Применение Стандарта качества управления ресурсами в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы в 2018–2020 годах: Методические рекомендации / Д. В. Мелик–Гусейнов, С. С. Бударин, О. А. Волкова [и др.]. Москва: Правительство Москвы Департамент здравоохранения города Москвы, 2019, 64 с.

[126] Рейтингование медицинских организаций как способ повышения эффективности здравоохранения: история вопроса и перспективы использования / М. В. Авдеева, В. В. Ващенков, В. С. Лучкевич, В. А. Баркаева // Социальные аспекты здоровья населения, 2015, № 4(44), с. 2.

[127] Поющева Е.В. Методика оценки эффективности государственного финансирования здравоохранения на основе финансовых и нефинансовых показателей / Е. В. Поющева, Н. И. Яшина, О. И. Кашина // Тренды и управление, 2018, № 2, с. 55–72.

[128] Позднякова Т. Н. Методические подходы к формированию рейтинга лечебно–профилактических учреждений / Т. Н. Позднякова // XXI век: итоги прошлого и проблемы настоящего плюс, 2021,Т. 10, № 2(54), с. 67–72, DOI 10.46548/21vek–2021–1054–0012.

[129] Пухальский А. Н. Методологические особенности формирования национального рейтинга медицинских учреждений / А. Н. Пухальский // Медицина и образование в Сибири,2014, № 3, с. 7.

Рейтинги должны основываться на объективных и надежных данных. Это включает в себя использование стандартизированных индикаторов и соблюдение научных подходов к сбору и анализу информации.

2. Принцип прозрачности

Прозрачность процесса рейтингования важна для доверия пользователей. Открытое раскрытие методов, критериев и источников данных позволяет избежать манипуляций и недостоверных выводов.

3. Принцип последовательности

Методы и критерии оценки должны быть применимы последовательно на протяжении всего процесса рейтингования. Это обеспечивает сравнимость и устойчивость рейтингов во времени.

4. Принцип учетности

Все заинтересованные стороны, включая потребителей и участников процесса, должны иметь возможность высказать свое мнение о процедурах и результатах рейтингования, что способствует его корректировке и улучшению.

5. Принцип адаптивности

Рейтинговые системы должны быть гибкими и адаптироваться к изменениям в рассматриваемой области или сфере, учитывая новые вызовы и тенденции.

Процесс формирования рейтинга может включать следующие этапы (рис.1):

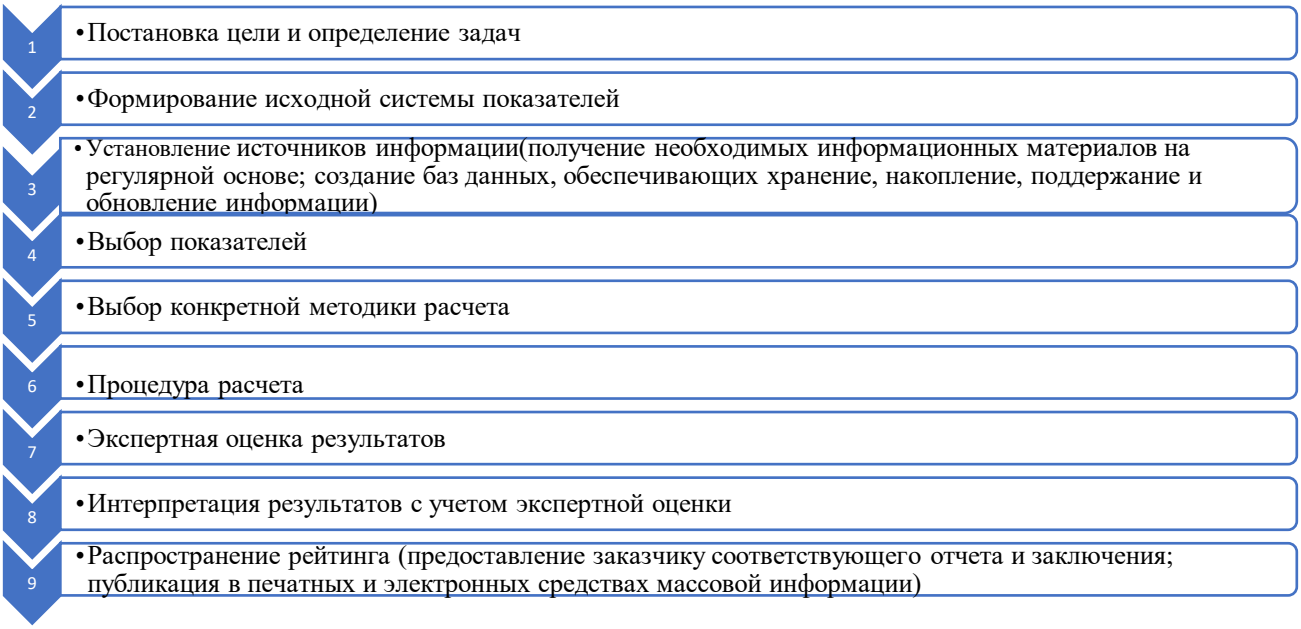


Рис. 1 – Этапы формирования рейтинга
Источник: Составлено автором

Выбор методического инструментария для построения рейтингов определяется целью исследования, а также отраслевыми и информационными особенностями объектов[130].

Анализ результатов исследований позволяет сформулировать следующие ключевые положения при использовании рейтингов в системе здравоохранения:

1. Организация системы рейтингования должна базироваться на использовании субъектно–объектного подхода, при котором четко идентифицируются субъекты рейтингования в виде органов управления здравоохранением различных уровней власти (федеральная, региональная, муниципальная) и объекты рейтингования в виде страны, региона, района, медицинской организации, медицинских специалистов.

2. Определение задач использования рейтингов должно обеспечиваться в тесной увязке с информационными потребностями как субъектов – органов управления здравоохранением, так и руководства медицинских организаций, страховых компаний и пациентов. Приоритетной в данном случае считается необходимость повышения качества управленческих решений, как текущих, так и стратегических.

3. Выбор объектов рейтингования необходимо осуществлять в зависимости от целевых задач рейтинга.

4. Обоснование выбора показателей и критериев их оценки должно основываться прежде всего с учетом возможности получения объективных входных данных.

5. Для структуризации итоговых результатов с целью объективизации интерпретации следует проводить группировку оценочных показателей по отдельным направлениям рейтинга.

6. Определение периодичности формирования рейтинга.

7. Регламентирование порядка взаимодействия субъектов и объектов

---

[130] Эльбек Ю.В. Перспективы применения методологии рейтингования медицинских организаций / Ю. В. Эльбек, С.С. Бударин // Труды Научно–исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента: Сборник научных трудов / Под общей редакцией Е.И. Аксеновой. Выпуск 4 (14). Москва: Государственное бюджетное учреждение города Москвы "Научно–исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы", 2022, с. 87–93.

рейтингования на всех стадиях формирования рейтинга необходимо подтверждать нормативно–правовыми актами и/или распорядительными документами.

Считается, что самым надежным и ценным является рейтинг на основе интегральных показателей. Благодаря возможности объединить количественные и качественные характеристики объектов рейтингования в единый измеритель такие рейтинги имеют преимущества перед другими интегральными измерителями[131].

Например, в одной из публикаций[132] упоминаются разработки таких авторов, как А.Л. Линденбратен, который предложил метод рейтинговой оценки медицинских организаций, основываясь на расчете интегрального показателя оценки качества и эффективности предоставляемой медицинской помощи, Г.М. Гайдаров, разработавший методику оценки качества и эффективности медицинской помощи в стационаре на основе коэффициент затрат, коэффициента социальной удовлетворенности и коэффициента результативности, В.Е. Тропникова, обращавшая внимание на внедрение такого интегрального показателя как соотношение затрат на оказание медицинской помощи к улучшению исходов лечения.

Если методология и технология проведения рейтинга, как процедуры, уже является достаточно известной с очерченным кругом возможностей, то методические аспекты выбора показателей и унификация их оценки остаются самыми проблемными вопросами при формировании рейтинга[133].

Учитывая возрастающий интерес стейкхолдеров разного уровня к разработке и использованию на постоянной основе рейтинговых оценок деятельности медицинских организаций, у российского здравоохранения есть многообещающие перспективы для развития методологического обеспечения рейтингования медицинских организаций[134]. С точки зрения нормативного

---

[131]Особенности применения статистических методов при построении рейтингов. Режим доступа:https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti–primeneniya–statisticheskih–metodov–pri–postroenii–reytingov

[132] 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, № 5(27), с. 1.

[133] Эльбек Ю. В. Международный опыт и российская практика рейтингования медицинских организаций / Ю. В. Эльбек // ЭТАП: экономическая теория, анализ, практика, 2022, № 3, с. 141–160, DOI 10.24412/2071–6435–2022–3–141–160.

[134] там же

регулирования вопросов формирования рейтингов в здравоохранении интерес представляют информационные материалы по внедрению системы рейтингования муниципальных образований, опубликованные в письме Минэкономразвития России[135]. Предлагаемый механизм включает 4 основных этапа: определение объекта оценки; формирование показателей; формирование системы рейтингования; внедрение рейтинга.

Предписывается, что для внедрения рейтинга необходимо разработать методику с последующим ее законодательным утверждением. Рекомендуется, чтобы в нормативно–правовом акте, которым утвержден рейтинг были указаны: «исчерпывающий перечень показателей, используемых в рейтинге (наименование показателей, единицы измерения, отчетный период, источники данных); методика расчета рейтинга; сроки предоставления результатов и их публикации в открытом доступе»[136].

1.2. Роль и назначение рейтингов в здравоохранении: опыт зарубежных стран и России

В последние десятилетия рейтингование превратилось в мощный инструмент оценки и управления качеством в различных сферах, включая здравоохранение[137]. Назначение рейтинга трудно переоценить. Во–первых, рейтинги позволяют объективно оценить уровень предоставляемых услуг в различных медицинских учреждениях, что помогает пациентам выбирать наиболее подходящие клиники и врачей–специалистов, основываясь на проверенных данных. Во–вторых, публикация рейтингов делает систему здравоохранения более прозрачной, а медицинские организации и органы управления становятся более ответственными перед обществом, стремясь улучшить свои показатели. Кроме того, рейтинги

[135]Письмо Минэкономразвития России от 11.01.2022 № 161–ТИ/Д04и «О направлении информационных материалов».
[136]Письмо Минэкономразвития России от 11.01.2022 № 161–ТИ/Д04и «О направлении информационных материалов».
[137] Семяшкин, Е. Г. Моделирование рейтинговой системы экспортно ориентированных компаний АПК РФ. Механизм субсидирования / Е. Г. Семяшкин, А. М. Карминский // Финансы: теория и практика, 2021, Т. 25, № 3, с. 35–52, DOI 10.26794/2587–5671–2021–25–3–35–52.

служат инструментом мониторинга и контроля за деятельностью медицинских учреждений, а также стимулируют конкуренцию между медицинскими учреждениями за высокие позиции в рейтинге, способствуя внедрению инноваций, улучшению сервиса и повышению квалификации персонала. Анализ рейтинговых данных позволяет оптимизировать распределение финансовых и материальных ресурсов, направляя их туда, где они принесут наибольшую пользу.

По мнению Бударина С.С.: «рейтинги в здравоохранении играют важную роль в оценке качества работы медицинских организаций и органов управления здравоохранением, так как помогают выявить сильные и слабые стороны системы здравоохранения, способствуют улучшению качества медицинской помощи и повышению эффективности управленческих решений»[138].

С точки зрения управленческой деятельности в области здравоохранения рейтинги играют ключевую роль в формировании государственной политики. Они помогают определить приоритетные направления и стратегии развития в сфере здравоохранения.

Кроме того, рейтинги помогают регулировать деятельность медицинских организаций, устанавливать стандарты и контролировать их выполнение, распределять государственные субсидии и гранты, поддерживая наиболее успешные и перспективные проекты.

С точки зрения управленческой деятельности в медицинских организациях постоянный мониторинг показателей посредством рейтингов помогает управлять процессами внутри организации, улучшать стандарты обслуживания. Анализ данных рейтингов позволяет лучше прогнозировать финансовые потоки и планировать бюджетные расходы, а также предоставляет руководству ценную информацию для принятия обоснованных управленческих решений.

Эффективное применение рейтингов позволяет не только оценивать уровень предоставляемых медицинских услуг, но и способствует повышению их качества,

---

[138] Бударин С. С. Аудит эффективности как фактор повышения результативности деятельности медицинских организаций: специальность 08.00.12 "Бухгалтерский учет, статистика": диссертация на соискание ученой степени доктора экономических наук / Бударин Сергей Сергеевич, 2021, 400 с.

улучшению коммуникации между пациентами и медицинскими организациями, а также оптимизации распределения ресурсов в системе здравоохранения.

Рейтинги в сфере здравоохранения имеют широкий спектр охвата, затрагивая объекты разного уровня: начиная от национальных систем здравоохранения и заканчивая отдельными регионами, медицинскими учреждениями любых форм собственности и направлений деятельности, страховыми организациями, а также конкретными врачами–специалистами. Текущее состояние рейтинговых услуг в сфере здравоохранения в Российской Федерации можно характеризовать как развивающийся этап из–за отсутствия нормативно–правовой и научно–методологической базы, регулирующих эти вопросы в достаточном объеме[139]. Гораздо более информативным является накопленный зарубежный опыт по формированию рейтингов в здравоохранении, изучение которого будет способствовать восполнению существующих пробелов в российском сегменте, включая методологические основы построения рейтингов, для совершенствования управления в сфере здравоохранения.

Рассматривая деятельность системы здравоохранения на страновом уровне с точки зрения множества взаимосвязанных процессов, в мировой практике широкую популярность при построении рейтингов приобрели интегральные показатели (индексы)[140], объединяющие различные аспекты деятельности системы здравоохранения для упрощения понимания общественностью полученных результатов[141],[142].

В мировом здравоохранении существует большое количество различных рейтингов для оценки систем здравоохранения разных стран, в основу которых

---

[139] Эльбек Ю.В. Международный опыт и российская практика рейтингования медицинских организаций / Ю. В. Эльбек // ЭТАП: экономическая теория, анализ, практика, 2022, № 3, с. 141–160, DOI 10.24412/2071–6435–2022–3–141–160.

[140] Кислицына О. А. Национальный индекс деятельности системы здравоохранения: методологические подходы и результаты для России / О. А. Кислицына, Т. В. Чубарова // Общество и экономика, 2022, № 2, с. 31–45,DOI 10.31857/S020736760018656–0.

[141] Hill, J. E., Stephani, AM., Sapple, P. et al. Эффективность непрерывного повышения качества для развития профессиональной практики и улучшения результатов здравоохранения: систематический обзор. Implementation Sci 15, 23 (2020). Режим доступа: https://doi.org/10.1186/s13012–020–0975–2.

[142] Эльбек Ю.В. Международный опыт и российская практика рейтингования медицинских организаций / Ю. В. Эльбек // ЭТАП: экономическая теория, анализ, практика, 2022, № 3, с.141–160, DOI 10.24412/2071–6435–2022–3–141–160.

заложены интегральные показатели[143]. Наиболее масштабными из них являются: рейтинг Bloomberg по индексу Global Health Index[144], рейтинг Health Consumer Powerhouse по индексу Euro Health Consumer Index (EHCI)[145], рейтинг института показателей и оценки здоровья США по индексу Global Burden of Disease (GBD) Study[146], рейтинг Numbeo по индексу Health Care Index for Country[147], рейтинг CEOWORLD по индексу Health Care Index[148], рейтинг, Health Consumer Powerhouse по индексу Euro Health Consumer Index (EHCI)[149].

В зависимости от показателей и критериев их оценки в различных рейтингах непросто выделить одну страну с лучшим здравоохранением в мире. Например, эксперты крупнейшей в мире базы данных о странах и городах Numbeo на основе опросов жителей каждой страны публикуют рейтинг здравоохранения стран, используя индекс – Health Care Index for Country[150]. Они оценили такие аспекты систем здравоохранения, как качество оборудования в больницах, профессионализм медицинского персонала и стоимость услуг. Полученный индекс характеризует состояние медицины в каждой стране и чем выше его значение по шкале интерпретации результатов от 0 до 100, тем выше качество обслуживания. Таким образом, Health Care Index for Country по сути является инструментом для оценки и сравнения систем здравоохранения в разных странах, помогая понять ситуацию в сфере здравоохранения. По состоянию на 01.07.2024 в 5–ку лучших вошли Тайвань, Южная Корея, Япония, Нидерланды и Франция (таблица 2).

---

[143] Бударина Ю.В. Применение интегральных оценок эффективности деятельности субъектов сферы здравоохранения для рейтингования / Ю. В. Бударина // Труды Научно–исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента: Сборник научных трудов. Москва: Научно–исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента, 2024, с. 157–162.

[144] Bloomberg составил мировой рейтинг по уровню здоровья населения. Режим доступа: https://tass.ru/obschestvo/6156240.

[145] Euro Health Consumer Index by Country 2025. Режим доступа:https://worldpopulationreview.com/country–rankings/euro–health–consumer–index–by–country.

[146] Global Burden of Disease (GBD). Режим доступа: https://www.healthdata.org/research–analysis/gbd–data.

[147] NUMBEO. Режим доступа:https://www.numbeo.com/health–care/rankings_by_country.jsp.

[148] CEOWORLD. Режим доступа:https://ceoworld.biz/2024/04/02/countries–with–the–best–health–care–systems–2024/.

[149] Euro Health Consumer Index by Country 2025. Режим доступа: https://worldpopulationreview.com/country–rankings/euro–health–consumer–index–by–country.

[150] NUMBEO. Режим доступа:https://www.numbeo.com/health–care/rankings_by_country.jsp.

Таблица 2 – Топ 5–стран в рейтинге Numbeo по состоянию на 01.07.2024

Место	Страна	Значение Индекса
1	Тайвань	86,0
2	Южная Корея	82,7
3	Япония	79,3
4	Нидерланды	78,9
5	Франция	78,1
55	Россия	60,9

Источник: составлено автором на основе данных: NUMBEO. Режим доступа:https://www.numbeo.com/health–care/rankings_by_country.jsp

Как видно из таблицы 2 Россия в данном рейтинге занимает 55 место. Позиция России в сравнении со странами большой восьмерки представлена на рис. 2

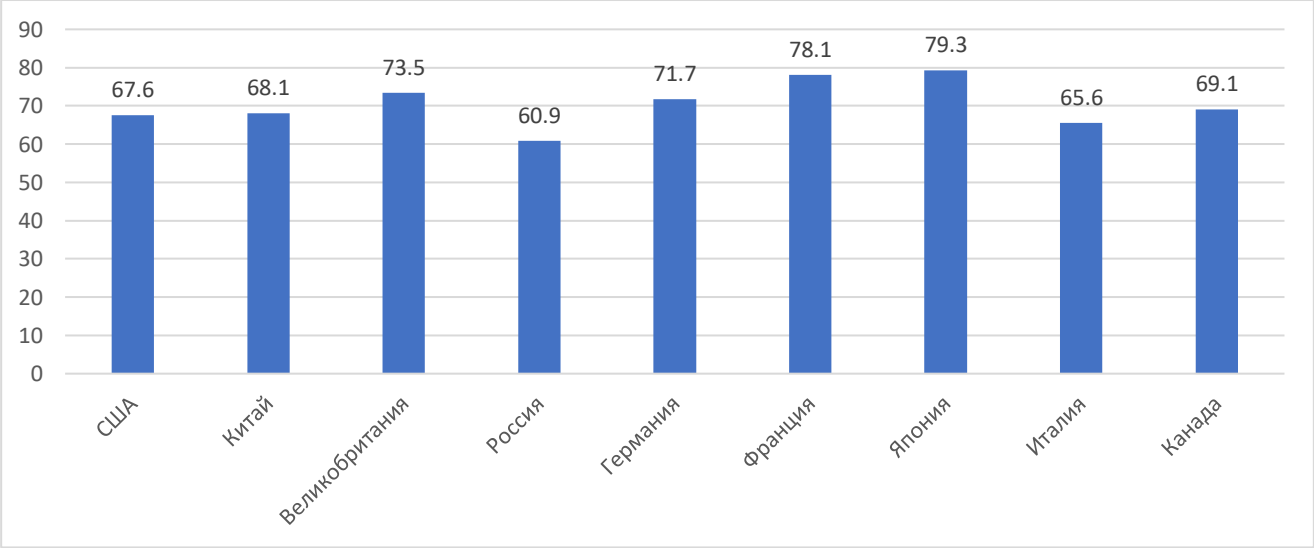


Рис. 2 – Health Care Index for Country стран большой восьмерки по состоянию на 01.07.2024

Источник: составлено автором на основе данных NUMBEO. Режим доступа:https://www.numbeo.com/health–care/rankings_by_country.jsp

Другим известным рейтингом здравоохранения стран является рейтинг, публикуемый журналом CEOWORLD на основе расчета индекса, CEOWORLD Health Care Index[151]. Этот индекс аналогичен используемому при составлении рейтинга Numbeo, но представляет собой анализ статистических данных общего качества системы здравоохранения и включает более расширенный набор

[151] CEOWORLD. Режим доступа:https://ceoworld.biz/2024/04/02/countries–with–the–best–health–care–systems–2024/.

направлений, таких как: инфраструктура здравоохранения, компетенции специалистов (врачей, медсестер и других работников), доступность медицинской помощи, стоимость лекарств и готовность правительства к принятию мер, направленных на борьбу с поведенческими рисками для здоровья населения (употребление табака, ожирение и др.). В Рейтинге 2024 года из 110 опрошенных стран 1–е место занимает Тайвань, набрав 78,72 балла из 100 возможных. Помимо Тайваня в топ–5 в 2024 году вошли такие страны как Южная Корея, Австралия, Канада и Швеция (таблица 3).

Таблица 3 – Топ–5 стран в рейтинге стран CEOWORLD за 2024 год

Место	Страна	Значение индекса
1	Тайвань	78,72
2	Южная Корея	77,70
3	Австралия	74,11
4	Канада	71,32
5	Швеция	70,73
42	Россия	42,31

Источник: составлено автором на основе данных: CEOWORLD. *Режим доступа:https://ceoworld.biz/2024/04/02/countries–with–the–best–health–care–systems–2024/*

Как видно из таблицы 3 Россия в данном рейтинге занимает 42 место. Позиция России в сравнении со странами большой восьмерки представлена на рис. 3.

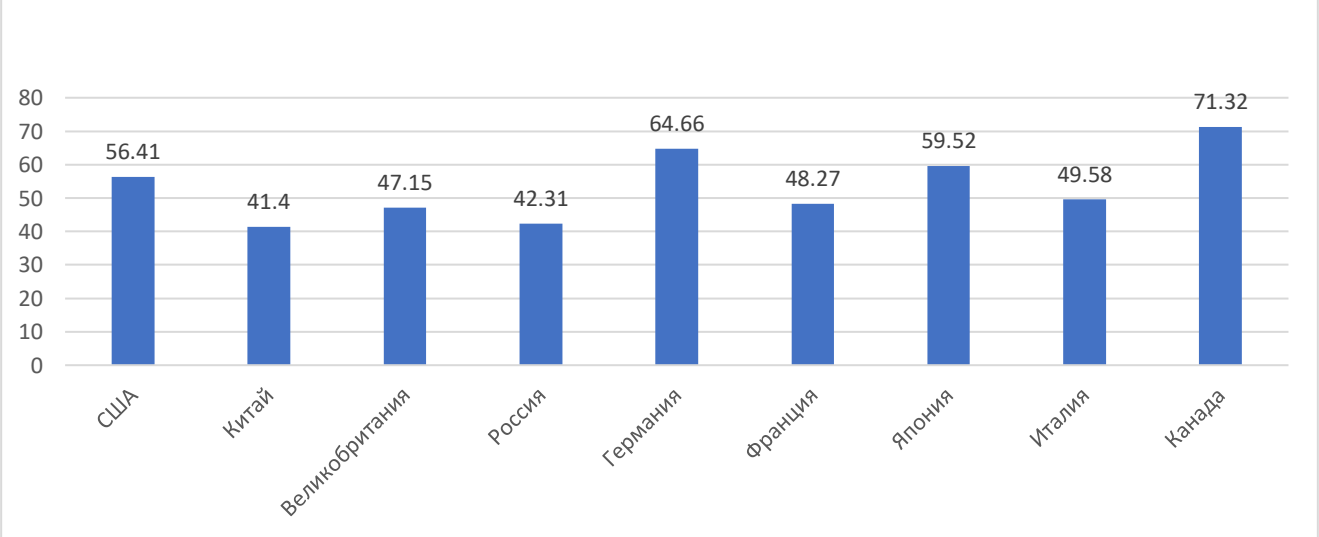


Рис. 3 – CEOWORLD Health Care Index стран большой восьмерки за 2024 год

Источник: составлено автором на основе данных: CEOWORLD. *Режим доступа:https://ceoworld.biz/2024/04/02/countries–with–the–best–health–care–systems–2024/*

Большой резонанс в России вызвали результаты рейтинга по уровню здоровья населения, опубликованные в 2019 году американским агентством Bloomderg, в котором Россия заняла 95–место из 169 стран мира. Рейтинг формируется путем расчета индекса Bloomberg Global Health Index на основании данных Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), Организации объединенных наций (ООН) и Всемирного банка[152]. Для расчета индекса учитываются такие показатели, как ОПЖ, доля курящего населения и доля населения, страдающего ожирением, доступность медицинской помощи и экологическая безопасность.

Рассмотренные рейтинги, построенные на основе интегральных индексов, являются инструментом для оценки потенциального воздействия действующей политики государства в области здравоохранения и разработке на ее основе для лиц, принимающих решения, рекомендаций с целью минимизации негативных последствий и увеличения положительного влияния на здоровье населения.

Популярностью пользуются также рейтинги на основе оценочных показателей с различной комбинаторикой и вариативностью. Например, рейтинг организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) [153], оценивающий системы здравоохранения стран–членов ОЭСР по разным показателям (уровень расходов на здравоохранение в процентах от ВВП и др.); рейтинг института Legatum[154] по оценке качества оказания медицинской помощи в мировых странах; рейтинг австралийского института здравоохранения и социального обеспечения (AIHW)[155] на основе системы оценки эффективности здравоохранения (AHPF).

[152]Bloomberg составил мировой рейтинг по уровню здоровья населения. Режим доступа: https://tass.ru/obschestvo/6156240.
[153]Health at a Glance: Europe 2024. Режим доступа: https://www.oecd.org/en/publications/health–at–a–glance–europe–2024_b3704e14–en.html.
[154] Институт Legatum определил Россию на 84–е место в мире по качеству медицинской помощи https://medvestnik.ru/content/news/Institut–Legatum–opredelil–Rossiu–na–84–e–mesto–v–mire–po–kachestvu–medicinskoi–pomoshi.html?ysclid=m8lg55532909430906.
[155]Австралийский институт здравоохранения и социального обеспечения. Режим доступа: https://www.aihw.gov.au/.

Российские исследователи признают, что флагманом в использовании рейтингов в здравоохранении можно считать США[156,157]. Самыми известными глобальными рейтингами являются рейтинг состояния здоровья населения США (далее – рейтинг здоровья США), формируемый ежегодно на платформе America's Health Rankings (AHR), начиная с 1990 года[158] и рейтинг здоровья округов США (далее – рейтинг округов США).

Рейтинг здоровья США публикуется в формате годового отчета, в котором оценивается состояния здоровья нации; доклада о здоровье пожилых людей и доклада о здоровье женщин репродуктивного возраста и детей[159].

Цель данного рейтинга состоит в улучшении здоровья населения США путем предоставления доступной информации отдельным категориям стейкхолдеров (должностные лица разных ветвей власти, специалисты в области общественного здравоохранения, работодатели, медицинские работники и др.), которые способны воздействовать на результаты и могут внести реальный вклад для улучшения состояния здоровья в своем штате.

Основу рейтинга здоровья США составляет концептуальная модель здоровья населения, в соответствии с определением здоровья Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), согласно которому: «здоровье – это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней или увечий»[160]. В 2020 году с учетом новых взглядов на совокупность факторов, влияющих на здоровье населения, модель была изменена и на сегодняшний день включает следующие тематические блоки: социально–экономические факторы, клиническая (медицинская) помощь, окружающая среда и поведенческие факторы в отношении здоровья (условия и образ жизни).

---

[156] 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. 2.

[157] Улумбекова Г.Э. Показатели для оценки деятельности медицинских организаций: международный опыт / Г. Э. Улумбекова, А. В. Мокляченко // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучения. Вестник ВШОУЗ,2017, № 3(9), с. 23–34.

[158] Americashealthrankings. Режим доступа: https://www.americashealthrankings.org/.

[159]Americashealthrankings. Режим доступа: https://www.americashealthrankings.org/about/methodology/our–reports.

[160] Устав WHO. Режим доступа: https:// www.who.int.

Как отмечают Remington, P.L., Catlin, B.B. & Gennuso, K.P.[161] модель служит основой для выявления и количественной оценки показателей, влияющих на здоровье населения каждого штата и страны в целом. Каждый блок включает в себя один или несколько компонентов, характеризующийся определенными показателями. При формировании рейтинга здоровья США с помощью платформы AHR анализируется порядка 280 показателей из более чем 80 открытых источников данных.

Рейтинг округов США составляется ежегодно, начиная с 2010 года, Институтом здоровья населения Университета Висконсина совместно с Фондом Роберта Вуда Джонсона. Основной целью рейтинга заявлена мобилизация действий по улучшению здоровья населения путем стимулирования интереса среди политиков и средств массовой информации.

Рейтинг округов США основывается на концептуальной модели, аналогичной той, что используется для составления Рейтинга здоровья США, и включает как показатели здоровья, так и факторы здоровья. Результаты в отношении здоровья отражают текущее состояние здоровья в округе и в целом делятся на два компонента – продолжительность и качество жизни. Факторы здоровья разделены на четыре компонента, которые считаются модифицируемыми детерминантами будущего здоровья округа. Они включают в себя поведение в отношении здоровья, клиническую помощь, социальные и экономические факторы и окружающую среду. Каждый компонент состоит из одного или нескольких подкомпонентов, которые определяются одним или несколькими показателями из различных источников данных и которым присваивается вес в зависимости от его важности. Модель рейтинга округов представлена на рис.4

[161] Remington P.L., Catlin B.B. & Gennuso K.P. The County Health Rankings: rationale and methods. Popul Health Metrics 13, 11 (2015). Режим доступа: https://doi.org/10.1186/s12963–015–0044–2.

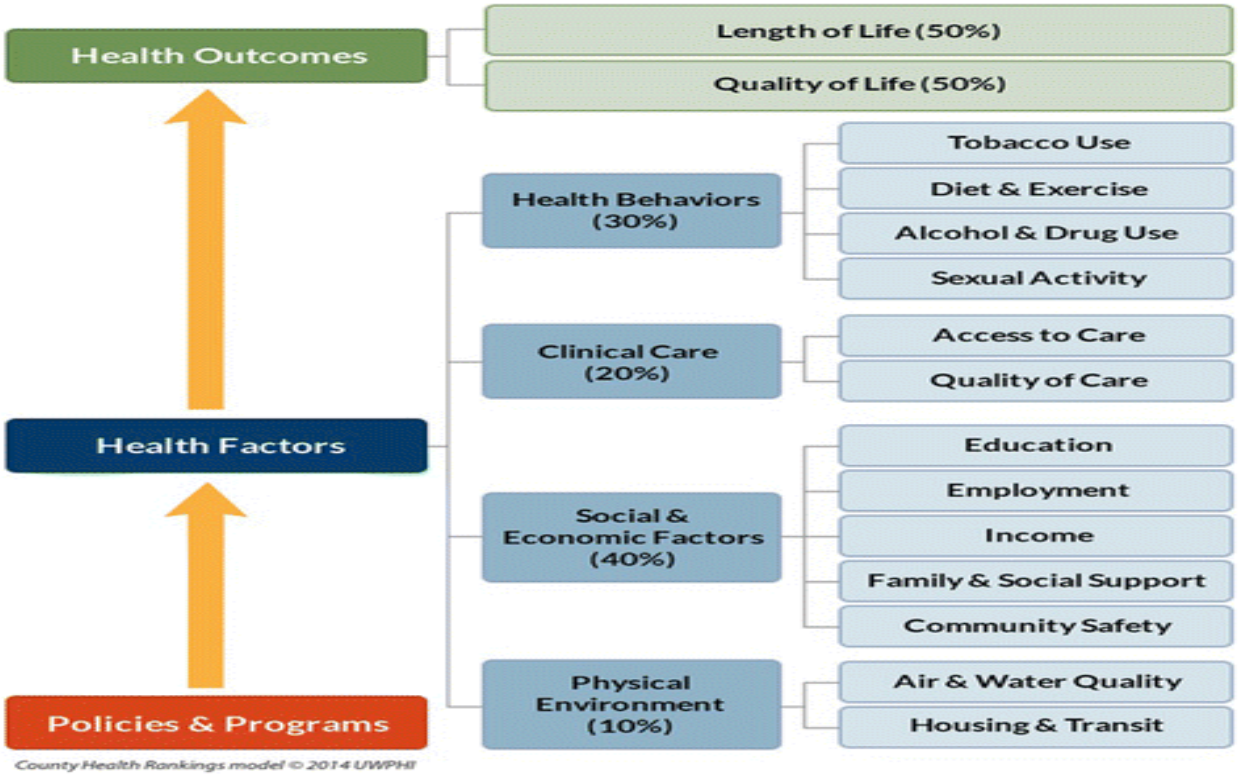


Рис. 4 – Скриншот модели рейтинга здоровья округов

Источник: Remington, P.L., Catlin, B.B. & Gennuso, K.P. The County Health Rankings: rationale and methods. Popul Health Metrics. Режим доступа: https://doi.org/10.1186/s12963–015–0044–2[162]

Рейтинг округов США четко демонстрирует различия в состоянии здоровья в зависимости от географического местоположения, повышает осведомленность стейкхолдеров о факторах, влияющих на здоровье населения, и стимулирует усилия сообщества по улучшению здоровья. Его использование основано на человеческом инстинкте конкуренции, облегчая сравнение между соседними или равными округами внутри штатов.

Рейтинги здоровья и округов США часто используются в качестве катализатора улучшения здоровья, привлекая внимание к областям, которые нуждаются в улучшении, посредством легко интерпретируемого синтеза объективно измеренных данных о состоянии здоровья населения. Как только средства массовой информации и представители власти административных территорий узнают о проблемных областях, они могут быть привлечены к

[162] Remington, P.L., Catlin, B.B. & Gennuso, K.P. The County Health Rankings: rationale and methods. Popul Health Metrics 13, 11 (2015). Режим доступа: https://doi.org/10.1186/s12963–015–0044–2.

принятию научно – обоснованной политики и разработке программ здравоохранения для улучшения показателей здоровья. По сути, эти рейтинги здоровья являются инструментом для общения с медицинскими работниками, представителями власти конкретных административных территорий и широкой общественностью, чтобы они могли принимать обоснованные решения о здоровье населения на своих административных территориях.

Не менее значимыми по существу, пользующиеся большой популярностью в зарубежных странах, выступают рейтинги медицинских организаций, изучением которых занимались ученые многих стран, например, O'Donnell J.C., Pham S.V., Pashos C.L, Miller D.W., Smith H.[163]; Ashish Jha и Arnold Epstein[164]; Woohyun C., Sunhee L., Hye Y.K., Myongkeun K.[165] и др. Все они признают, что в основе таких рейтингов лежит цель помочь пациентам в совершении осознанного выбора при необходимости получения медицинских услуг. Среди рейтингов медицинских учреждений известны такие, как America's Best Hospitals: the 2024–2025 Honor Roll and Overview (рейтинг лучших больниц по версии журнала US News & World Report)[166]; Newsweek World's Best Hospitals; (рейтинг «Лучшие клиники мира» по версии журнала Newsweek, Германия)[167]; NHS Performance Ratings (Великобритания)[168]. В США, например, группа Leapfrog собирает, анализирует и публикует данные больниц по безопасности и качеству на своем сайте, где можно посмотреть место в рейтинге интересующей больницы в любом штате. С помощью поискового инструмента Leapfrog Hospital Safety Grade[169] любой пациент может найти самую безопасную больницу в своем районе. Помимо выпуска оценок

[163] 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.
[164] Remington, P.L., Catlin, B.B. & Gennuso, K.P. The County Health Rankings: rationale and methods. Popul Health Metrics 13, 11 (2015). Режим доступа: https://doi.org/10.1186/s12963–015–0044–2.
[165] 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]. Режим доступа: http://dx.doi.org/10.1093/intqhc /mzi018157–165.
[166]America's Best Hospitals: the 2024–2025 Honor Roll and Overview. Режим доступа: https://health.usnews.com/health–care/best–hospitals/articles/best–hospitals–honor–roll–and–overview.
[167]SUNWAY Medical Centre. Режим доступа: https://www.sunwaymedical.com/en/accreditations–awards/newsweek–worlds–best–hospitals–2025.
[168]NHS Performance Ratings. Режим доступа: https://image.guardian.co.uk/sys–files/Society/documents/2002/07/24/nhsratings.pdf.
[169]Hospital Safety Grade. Режим доступа: https://www.hospitalsafetygrade.org/your–hospitals–safety–grade/choosing–the–best–hospital.

безопасности больниц Leapfrog дважды в год, группа Leapfrog также собирает и публикует информацию о качестве больниц и использовании ресурсов с помощью ежегодного опроса больниц, фокусируя внимание на вопросах, которые действительно важны для пациентов – от ухода за беременными и результатов хирургических операций до ошибок в приеме лекарств и адекватного обучения.

В Германии используется рейтинг больниц с поправкой на риск, формируемый консалтинговой компанией MEDSTAT SA[170]. Рейтинг больниц ориентирован на оценку эффективности процесса и результата с учетом индивидуального риска пациента, структурного риска больницы и риска, связанного с лечением.

Количество общедоступных систем оценки качества больниц, призванных помочь пациентам, клиницистам и плательщикам принимать обоснованные решения о вариантах медицинского обслуживания в последнее время значительно возросло. Но ученые Yuce, T. K., Barnard, C., Hobson, L., & Bilimoria, K. Y.[171] отмечают, что многие существующие системы оценки качества больниц характеризуются непоследовательностью, ненадежностью и предвзятостью. Это снижает их эффективность в предоставлении точной информации заинтересованным сторонам. Также они говорят о том, что при формировании рейтингов больниц следует использовать методологии составления кредитных рейтингов таких агентств как Standard & Poor's, Moody's и Fitch Group и предлагают в качестве совершенствования систем оценки качества больниц внедрение более совершенных стандартизированных показателей для обеспечения согласованности различных рейтинговых систем и использование внешних аудитов исходных данных для проверки точности и надежности информации, используемой в рейтингах. Такие выводы были сделаны вследствие выявленных ошибок существующих рейтинговых систем больниц, основными из которых стали:

---

[170] Medstat Лучшая информация. Лучшие результаты. Режим доступа: https://medstat.eu/en/company/.

[171] Yuce, T.K., Barnard, C., Hobson, L., Bilimoria, K.Y. The Imperfect Science of Publicly Reported Hospital Rating Systems: Lessons From Credit Rating Agencies(Review) // Quality Management in Health Care, 2023, Volume 32, Issue 2, p. 127–130, DOI: 10.1097/QMH.0000000000000378.

- несоответствие источников данных. Разные рейтинговые системы опираются на разные источники данных, что приводит к расхождениям в оценке и в результате чего одни больницы могут оказаться в более выгодном положении по сравнению с другими.
- субъективность показателей. Например, критерии, используемые для оценки качества больниц, могут быть субъективными, что может привести к перекосу рейтингов.
- географические и демографические различия. Некоторые рейтинговые системы в недостаточной степени учитывают географические и демографические различия между группами пациентов. Это может привести к тому, что больницы, обслуживающие более сложные или обездоленные группы населения, получают более низкие оценки, несмотря на предоставление высококачественной медицинской помощи.
- отсутствие прозрачности. Методологии, лежащие в основе многих рейтинговых систем, часто непрозрачны, поэтому стейкхолдерам сложно понять, как составляются рейтинги. Отсутствие ясности может привести к недоверию и предвзятому восприятию оценок всеми заинтересованными сторонами.

При формировании рейтингов в здравоохранении применяются как объективные (клинические), так и субъективные (экспертные, пациентские) показатели, которые часто используются в совокупности для достижения более точных результатов. Объективные показатели включают данные о состоянии здоровья пациентов, полученные в ходе медицинских вмешательств и наблюдений, такие как уровни смертности и летальности, продолжительность госпитализаций, частота повторных поступлений в стационар и другие, фиксируемые в отчетных документах и регистрах. Субъективные показатели отражают восприятие пациентами условий пребывания в медицинских учреждениях, включая оценку комфорта, доступности и вежливости медицинского персонала, а также уровень оснащенности медицинским оборудованием и бытовыми приборами.

Самым известным научно–методическим подходом при построении рейтингов в зарубежных странах является комплексный подход, основанный на

принципах триады Донабедиана, которая включает анализ состояния ресурсов, процесса и результатов. Если ресурсная база оценивается обеспеченностью финансами, кадрами, оборудованием и пр., т.е. с точки зрения качества организации медицинской помощи, то процесс – с точки зрения оказания медицинской помощи надлежащего качества.[172] Один из самых известных рейтингов, построенных на этих принципах – рейтинг Центров медицинской помощи и услуг Medicaid (CMS)[173]. Являясь инструментом для сравнения больниц CMS, этот рейтинг позволяет пользователям сравнивать качество медицинской помощи, предоставляемой в больницах, сертифицированных Medicare, медицинских центрах Администрации ветеранов (VA) и больницах Министерства обороны (DoD) по всей территории США. Данные для сравнения за период с 2005 по 2023 годы представлены на сайте National Bureau of Economic Research (NBER).

Примером рейтинга на основе субъективных показателей является так называемый «звездный» рейтинг американского агентства «Hospital Consumer Assessment of Health Care Providers and Systems» (HCAHPS), которое регулярно проводит комплексные исследования качества оказания медицинской помощи в различных клиниках США на основе специально разработанной анкеты пациента с последующим составлением рейтинга[174]. В опросе участвуют случайно отобранные пациенты, недавно выписанные из клиники. Анкета включает несколько тематических блоков: взаимодействие с медицинским персоналом (врачи, медсестры), отзывчивость персонала клиники, информированность о назначенном лечении и выписке, общая оценка состояния, комфортность пребывания и чистота в клинике, общая оценка клиники и вероятность рекомендации клиники своим родственникам и друзьям. На основании собственной методики HCAHPS[175] проводится обработка анкет, и формируется рейтинг. По итогам рейтинга, соответствующие критериям медицинские

[172]Эльбек Ю.В. Международный опыт и российская практика рейтингования медицинских организаций / Ю. В. Эльбек // ЭТАП: экономическая теория, анализ, практика, 2022, № 3, с. 141–160, DOI 10.24412/2071–6435–2022–3–141–160.

[173] Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) Hospital Compare Data. Режим доступа: https://www.nber.org/research/data/centers–medicare–medicaid–services–cms–hospital–compare–data.

[174] HCAHPS. Режим доступа:https://hcahpsonline.org/en/quality–assurance/.

[175] HCAHPS. Режим доступа:https://hcahpsonline.org/en/quality–assurance/.

организации, получают оценку от одной до пяти звезд. В рамках инициативы по добавлению «звездных» рейтингов качества на свои веб–сайты Центры услуг Medicare и Medicaid (CMS) публикуют «звездные» рейтинги HCAHPS на веб–сайте Care Compare. «Звездные» рейтинги облегчают потребителям использование информации для сравнения клиник и подчеркивают превосходство отдельных клиник в качестве оказания медицинской помощи. CMS обновляет звездные рейтинги HCAHPS каждый квартал[176].

Прогрессирование процедуры рейтингования напрямую связано с цифровизацией здравоохранения. Успешность цифровой трансформации систем здравоохранения впервые была оценена в рамках глобального рейтинга в 2023 году с использованием интерактивного WEB–ресурса Global Digital Health Monitor. Это будет способствовать выводу процедуры рейтингования на новый информационно–аналитический уровень[177].

В Российской Федерации несмотря на пробелы в законодательстве и обязательного требования рейтингования, появляется все больше рейтингов в сфере здравоохранения, которые в основном составляют независимые компании, специализирующиеся на рейтинговой деятельности, средства массовой информации, различные общественные организации, профессиональные сообщества и различные медиа–платформы.

Например, экспертный журнал о стоматологии Startsmile уже более 10 лет представляет рейтинг частных стоматологических клиник России. В 2024 году в рейтинге участвовали свыше 4000 стоматологических клиник, которые оценивались более чем по 200 критериям. При составлении рейтинга учитывается качество стоматологической помощи, технологическая оснащенность клиник, квалификация врачей, организация сервиса, состояние каналов коммуникации и другие параметры. За каждый критерий оценки начисляются баллы, определяющие итоговое место клиники в рейтинге. Цель рейтинга состоит в определении лидеров

---

[176] там же

[177] Романова Н. В. Рейтинги в системе здравоохранения: уровни и показатели / Н. В. Романова // Экономика и управление: научно–практический журнал, 2024, № 3(177), с. 149–153., DOI 10.34773/EU.2024.3.26.

отечественного рынка стоматологических услуг, что поможет пациентам получить качественное лечение в лучших клиниках страны[178].

Центр аналитики онлайн–журнала «Эксперт» составляет рейтинг регионов России, который состоит из двух частей, каждая из которых является отдельным независимым рейтингом[179]. Первый основан на таких базовых показателях системы здравоохранения, как ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ), смертность по видам заболеваний, обеспеченность медицинским персоналом, обеспеченность койками, уровень первичной заболеваемости по классам болезней и характеризует базовый уровень здравоохранения в регионе. Второй отражает затраты регионов на лекарственное обеспечение для лечения социально–значимых заболеваний в расчете на 1–го больного. Рейтинги актуально рассматривать вместе для выработки стратегических планов развития регионов.

В целом рейтинг регионов России онлайн–журнала «Эксперт» предоставляет возможность максимально объективно оценить сложившуюся ситуацию с базовыми показателями здравоохранения и лекарственным обеспечением для лечения социально–значимых заболеваний в регионах России. По итогам 2019–2021 гг. была выявлена существенная неоднородность регионов, но при этом нет ни одного региона, который был бы значительно лучше или хуже по всем показателям. В каких–то регионах выше ОПЖ и ниже смертность населения, в других лучше обеспеченность кадрами и мощностями (койками), а где–то ниже первичная заболеваемость. А вот затраты на лекарственное обеспечение для лечения социально–значимых заболеваний распределились значительно более равномерно, без акцентированного внимания на какой–то одной нозологии.

Ресурсный центр по стратегическому планированию Стратплан публикует рейтинги регионов России, рекомендуемые для использования при стратегическом планировании. По состоянию на 20.03.2025 на официальном сайте Stratplan[180] в

---

[178] Премия Startsmile Top: в Москве наградили лучшие частные стоматологии страны. Режим доступа: https://www.forbes.ru/forbes–agenda/515508–premia–startsmile–top–v–moskve–nagradili–lucsie–castnye–stomatologii–strany.

[179]Рейтинг регионов – 2021 показатели системы здравоохранения. Режим доступа: https://longreads.expertnw.com/page29811007.html#rec482294985.

[180] Stratplan. Режим доступа:https://stratplan.ru/.

разделе «Рейтинги» опубликован ежегодный обзор по региональным рейтингам, в котором содержится информация о рейтингах и рэнкингах, опубликованных в период с июля 2022 г по август 2023 г., в числе которых рейтинг регионов по приверженности населения здоровому образу жизни и рейтинг регионов по достижению национальных целей.

Рейтинг эффективности систем здравоохранения регионов России по своей методике формирует Высшая школа организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ)[181] в партнерстве с Информационно–аналитической системой Фонда Росконгресс. Рейтинг регионов ВШОУЗ базируется на методологии, используемой американским агентством Bloomberg[182], адаптированной к российским условиям. В качестве оценочных показателей используются показатель ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ), показатель валового регионального продукта на душу населения, государственные расходы на здравоохранение на душу населения и продажа крепких спиртных напитков на душу населения в возрасте от 15 лет. Рейтинг регионов ВШОУЗ показывает насколько эффективна система здравоохранения региона в сравнении с другими регионами. Согласно методике, лучшими являются те регионы, которые добились более высокого прироста показателя ОПЖ, затратив наименьшие финансовые средства. Результаты рейтинга за 2019 гг. представлены на сайте партнера[183].

Независимо от направленности, методики и набора показателей, результаты рейтингов регионов России в целом представляют интерес для представителей законодательной и исполнительной власти любого уровня, так как от принимаемых ими решений в части формирования политики в области здравоохранения зависит эффективность действующей модели здравоохранения в регионе, которая должна обеспечивать гражданам доступную и качественную медицинскую помощь.

---

[181] Улумбекова Г.Э., Гиноян А.Б., Калашникова А.В. Эффективность региональных систем здравоохранения России (рейтинг 2016 г.) // Оргздрав: новости, мнения, обучение. 2017. № 3. С. 35–42.

[182] Most Efficient Health Care 2014: Countries. Режим доступа: https://www.bloomberg. com/graphics/best–and–worst/#most–efficient–health–care–2014–countries.

[183] Эффективность систем здравоохранения регионов России, 2019. Режим доступа: https://roscongress.org/materials/effektivnost–sistem–zdravookhraneniya–regionov–rossii–2019/.

Каждый из перечисленных рейтингов преследует свои цели и основывается на уникальных показателях, соответствующих специфике объекта оценки. Для обеспечения достоверности и объективности используются различные методы сбора и обработки данных, включая опросы, анализ статистической отчетности, экспертизу и мониторинг.

Если рассматривать уровень управления медицинской организацией, то здесь интерес представляет опыт формирования рейтинга МО Москвы, основанный на принципах Стандарта качества управления ресурсами (СКУР), который применялся для оценки качества управления ресурсами в учреждениях социальной сферы Москвы, начиная с 2016 года и до 2022 года.

Стандарт качества управления ресурсами является инструментом, дополняющим систему внутреннего контроля использования ресурсов и управления деятельностью учреждений, на основе применения комплексной системы показателей[184]. СКУР включает показатели, которые характеризуют различные аспекты деятельности учреждения по управлению ресурсами и в совокупности дополняют друг друга. На основании СКУР специалистами ГБУ НИОЗММ ДЗМ была разработана методика построения рейтинга, базирующаяся на агрегировании 30 показателей, сгруппированных в 6 областей управления ресурсами: финансы, закупки, имущество, персонал, открытость информации и приносящая доход деятельность. Результаты рейтинга позволили провести углубленный анализ деятельности МО, оказывающих взрослому населению ПМСП, включая анализ случаев и причин несостоявшихся приемов граждан, записавшихся к врачу по каналам самозаписи[185], и их влияние на доступность оказания медицинской помощи, а также способствовали усовершенствованию подходов к оценке экономической эффективности реализации проекта «Новая

[184]Применение Стандарта качества управления ресурсами в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы в 2018–2020 годах: Методические рекомендации / Д. В. Мелик–Гусейнов, С. С. Бударин, О. А. Волкова [и др.]. Москва: Правительство Москвы Департамент здравоохранения города Москвы, 2019, 64 с.

[185] Эльбек Ю. В. Приверженность граждан при осуществлении записи к врачу в условиях информатизации здравоохранения / Ю. В. Эльбек, Р. Д. Нефедов // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучения. Вестник ВШОУЗ, 2022, Т. 8, № 2(28), с. 146–153, DOI 10.33029/2411–8621–2022–8–2–146–153.

модель медицинской организации, оказывающей первичную медико – санитарную помощь взрослому населению».

Современная система здравоохранения ориентирована на внедрение лучших практик, т.е. выявление отклонений от эталонных значений, причин их возникновения с целью их своевременного устранения, а также использование системы поощрений за достижение показателей.

По словам главного внештатного специалиста по первичной медико–санитарной помощи взрослому населению Департамента здравоохранения Москвы Андрея Тяжельникова[186]: «Рейтинг – это не просто инструмент оценки, это часть нашего стремления к пациенто–ориентированной среде. Рейтинги не только выявляют недостатки, но и подчеркивают достижения поликлиник, позволяя лучшим из них стать ориентиром для остальных. Это стимулирует здоровую конкуренцию и обмен лучшими практиками». Он также отметил, что создание рейтинга позволяет отслеживать уровень удовлетворенности пациентов и определять приоритеты для дальнейшего улучшения работы учреждений здравоохранения. Отзывы пациентов влияют на качество медицинского обслуживания и способствует повышению ответственности и мотивации среди медицинского персонала.

Начиная, с 2022 года, в Москве с учетом мнения пациентов регулярно формируются и публикуются на сайте mosgorzdrav.ru [187] рейтинг городских поликлиник и рейтинг онкологических стационаров (онкорейтинг), разработанные в рамках внедрения принципов ценностно–ориентированного здравоохранения (ЦОЗ) в систему столичного здравоохранения.

В основу рейтинга поликлиник заложены главные ценности и принципы работы московских поликлиник: профессионализм, которые оцениваются по шкале от 1 до 10 на основе опроса пациентов. доброжелательность, командная работа, доверие, пациентоориентированность и уважение.

---

[186] Вечерняя Москва. Режим доступа: https://vm.ru/moscow/1092267–zdorovaya–konkurenciya–zachem–nuzhny–rejtingi–medicinskih–uchrezhdenij.

[187] Московская медицина. Режим доступа: https://mosgorzdrav.ru/myclinic, https://mosgorzdrav.ru/onko?ysclid=llmfdfu5lf869042567.

Онкорейтинг представляет собой совокупность оценки медицинской деятельности онкологических стационаров (медицинский рейтинг) и результатов опроса пациентов на основании анкет, верифицированных в международной практике (пациентский рейтинг). В медицинском рейтинге оцениваются сроки подтверждения диагноза, сроки определения тактики лечения, сроки ожидания начала лечения и отсутствие осложнений после лечения. Пациентский рейтинг включает оценку степени информированности о результатах консилиума, о плане лечения, об осложнениях и побочных действиях, а также удовлетворенность пациентов информированием о результатах онкоконсилиумов и планах лечения.

С развитием информационных технологий появилось огромное количество общедоступных электронных ресурсов, публикующих рейтинги врачей и медицинских организаций, основанных на отзывах пациентов. Но следует учитывать, что составление рейтингов только на основании субъективных, зачастую просто эмоциональных отзывов пациентов, не отражает реальную ситуацию с качеством оказания медицинской помощи, но их результаты могут дополнить объективные показатели.

Таким образом, рейтингование в сфере здравоохранения может быть эффективно использовано на различных уровнях управления отраслью. Его внедрение способствует созданию информационной базы по множеству показателей, предоставляя возможность сравнения с аналогичными субъектами по ключевым показателям эффективности, что помогает руководителям в доступной и наглядной форме выявлять слабые места в работе учреждений. Это, в свою очередь, способствует оптимизации процессов поиска решений для улучшения доступности и качества предоставляемой медицинской помощи.

В ходе диссертационного исследования на основе обобщения международного и российского опыта была сделана следующая классификация подходов к использованию рейтингов для решения управленческих задач в здравоохранении.

1. По цели использования

Оценочный подход. Рейтинги используются для измерения и сравнения качества медицинских услуг, эффективности работы медицинских организаций или систем здравоохранения. Например, OECD Health Statistics[188] – рейтинг организации экономического сотрудничества и развития, оценивающий системы здравоохранения стран–членов ОЭСР по уровню расходов на здравоохранение в процентах от ВВП; рейтинг института Legatum[189] по оценке качества оказания медицинской помощи в мировых странах; Health Care Index for Country; рейтинг, Health Consumer Powerhouse по индексу Euro Health Consumer Index (EHCI)[190], рейтинг городских поликлиник Москвы, публикуемый на сайте mosgorzdrav.ru.

Управленческий подход. Рейтинги применяются для принятия решений на разных уровнях управления – рейтинг здоровья США, рейтинг округов США на платформе America's Health Rankings (AHR), рейтинг Центров медицинской помощи и услуг Medicaid, рейтинг регионов России онлайн–журнала «Эксперт».

Мотивационный подход. Рейтинги стимулируют медицинские учреждения и персонал к улучшению качества услуг. Среди таких рейтингов можно отметить: U.S. News & World Report Best Hospitals Rankings (США); Newsweek World’s Best Hospitals; Top Hospitals by Thomson Reuters (now IBM Watson Health) (США); рейтинг американского агентства «Hospital Consumer Assessment of Health Care Providers and Systems» (HCAHPS); рейтинг медицинских учреждений на основе отзывов пациентов (сервисы «ProDoctorov», «НаПоправку»).

2. По уровню анализа результатов

Макроуровень. Рейтинги используются для оценки систем здравоохранения на национальном уровне. Например, Bloomberg Global Health Index, Euro Health Consumer Index (EHCI), Global Burden of Disease (GBD) Study, Health Care Index for Country, CEOWORLD Health Care Index, America's Health Rankings (AHR), рейтинги регионов России (журнал «Эксперт», ресурсный центр StratPlan, ВШОУЗ).

---

[188] Health at a Glance: Europe 2024. Режим доступа: https://www.oecd.org/en/publications/health–at–a–glance–europe–2024_b3704e14–en.html.

[189]Институт Legatum определил Россию на 84–е место в мире по качеству медицинской помощи. Режим доступа:https://medvestnik.ru/content/news/Institut–Legatum–opredelil–Rossiu–na–84–e–mesto–v–mire–po–kachestvu–medicinskoi–pomoshi.html?ysclid=m8lg55532909430906.

[190]Euro Health Consumer Index by Country 2025. Режим доступа: https://worldpopulationreview.com/country–rankings/euro–health–consumer–index–by–country.

Мезоуровень. Рейтинги используются для оценки систем здравоохранения или медицинских учреждений на региональном уровне. Например, America's Best Hospitals: the 2024–2025 Honor Roll and Overview (рейтинг лучших больниц по версии журнала US News & World Report); Newsweek World’s Best Hospitals; (рейтинг «Лучшие клиники мира» по версии журнала Newsweek, Германия); NHS Performance Ratings (рейтинг трастов NHS, Великобритания).

Микроуровень. Рейтинги используются для оценки работы отдельных медицинских специалистов. Например, рейтинги врачей на различных платформах (DocDoc; ProDoctorov; НаПоправку; Healthgrades, США; Zocdoc, США, Европа; Doctify, Великобритания; Top Doctors, Испания, Италия и Великобритания; Practo, Южная Азия); рейтинги врачей в специализированных изданиях («Здоровье Mail.ru», «Медвестник»).

3. По методологии формирования рейтингов

Количественный подход. Рейтинги строятся на основе объективных статистических данных. Bloomberg Global Health Index; CEOWORLD Health Care Index; Hospital Safety Grade by The Leapfrog Group (США); America's Health Rankings (AHR).

Качественный подход. Рейтинги учитывают субъективные оценки (удовлетворенность пациентов, экспертные оценки) – Health Care Index for Country; рейтинг HCAHPS, рейтинг московских поликлиник.

Комбинированный подход. Рейтинги объединяют количественные и качественные показатели, то есть это рейтинги, учитывающие как статистические данные, так и отзывы пациентов. Например, рейтинг онкологических стационаров Москвы.

4. По источникам данных

Официальные данные. Рейтинги формируются как правило на основе данных официальной статистической отчетности, предоставляемых государственными органами или медицинскими учреждениями. Например, рейтинг «Показатели здоровья населения РФ», «Эффективность систем здравоохранения регионов России», опубликованные на портале ОргздравЭксперт.

Независимые данные. Рейтинги строятся на данных, собираемых различными независимыми организациями – ежегодный рейтинг лучших врачей России, проводимый журналом Forbes, рейтинг регионов России онлайн – журнала Эксперт, рейтинг экспертного журнала о стоматологии Startsmile.

Пользовательские данные. Рейтинги формируются на основе отзывов пациентов или данных, собранных через платформы DocDoc; ProDoctorov; Healthgrades, США; Zocdoc, США, Европа; Doctify, Великобритания; Top Doctors, Испания, Италия и Великобритания; Practo, Южная Азия.

5. По степени публичности

Публичные рейтинги. Рейтинги открыто публикуются и доступны широкой общественности.

Внутренние рейтинги. Рейтинги используются внутри организаций или ведомств для принятия управленческих решений. Например, рейтинг поликлиник Москвы на базе СКУР.

6. По географическому охвату

Международные рейтинги. Сравнивают системы здравоохранения или медицинские учреждения разных стран.

Национальные рейтинги. Оценивают региональные системы здравоохранения или медицинские учреждения в рамках одной страны.

Региональные рейтинги. Оценивают медицинские учреждения или муниципальные системы здравоохранения в рамках региона или области.

7. По субъектам оценки

Рейтинги для пациентов. Помогают пациентам выбирать медицинские учреждения или специалистов.

Рейтинги для управленцев. Используются руководителями для принятия управленческих решений.

Классификация подходов к использованию рейтингов в здравоохранении позволяет систематизировать их применение в зависимости от целей, уровня анализа, методологии и других факторов. Международный и российский опыт показывают, что рейтинги являются важным инструментом для повышения

качества медицинских услуг и эффективности управления в здравоохранении. Однако для их успешного применения необходимо учитывать специфику национальных систем здравоохранения и обеспечивать достоверность данных.

1.3. Совершенствование подходов к принятию управленческих решений на основе рейтинговых систем

Определение управленческого решения встречается во многих учебниках и учебных пособиях. Наиболее развернутое определение дано Деминым Г.А.[191]: «Управленческое решение − творческий акт субъекта управления, определяющий программу деятельности коллектива по эффективному разрешению возникшей проблемы на основе знания объективных законов функционирования управляемой системы и анализа информации об ее состоянии». Другими словами, управленческое решение – это определенный курс действий, выбранный руководителем из возможных вариантов, направленный на достижение целей организации.

Проблематика принятия управленческих решений в здравоохранении описывается в работах отечественных авторов О.В. Аленичевой[192]; А.Б. Гончаровой, Е.И. Сергеевой[193]; С.А. Городковой, Е.Б. Таскиной[194], В.Ю.

---

[191] Управленческие решения [Электронный ресурс]: учебное пособие / Г. А. Демин; Пермский государственный национальный исследовательский университет. – Электронные данные. Пермь, 2020, 2,54 Мб; 92 с. Режим доступа: http://www.psu.ru/files/docs/ science/books/uchebnie–posobiya/demin–upravlencheskie–resheniya.pdf., ISBN 978–5–7944–3545–0.

[192] Аленичева О.В. Проблемы принятия решений в органах государственного и муниципального управления / О.В. Аленичева // Исследования и разработки молодых ученых в решении актуальных проблем XXI века: сб. научных статей. Ответственные за выпуск О.Т. Ергунова, А.Ю. Титовец. Екатеринбург: Уральский государственный экономический университет, 2017, с. 3–10.

[193] Гончарова А.Б. Построение системы поддержки принятия решений в медицине / А.Б. Гончарова, Е.И. Сергеева // Интеграция наук, 2019, № 24 (1), с. 272–274.

[194] Городкова С.А. Особенности управленческих решений в системе здравоохранения на основе принципов бережливого производства / С.А. Городкова, Е.Б. Таскина // Вестник Забайкальского государственного университета, 2019, Т. 25, № 5, с. 105–113.

Данилова[195], А. Н. Попсуйко, Я. В. Данильченко, Е. А. Бацина[196] и других[197],[198],[199]. Исходя из проанализированных публикаций следует, что основу принятия управленческих решений составляет информационный ландшафт, дающий представление об объекте управления на базе данных о персонале, имуществе, событиях, процессах и т. п. Много работ проблематике управленческих решений посвятили и зарубежные авторы, например Blythe, S. Naidoo, C. Abbott[200]; I. Masik[201], A. Dubromel, M.A. Duvinage–Vonesch, L. Geffroy, C. Dussart[202]; Y. Jackson, E. Janssen, R. Fischer[203]; M. Watson[204]; H. Alsaqqa[205].

Принятие управленческого решения представляет собой многогранный процесс, учитывающий экономическую, социальную, организационную, информационную и прочие составляющие, что позволяет обеспечивать эффективное управление системой здравоохранения.

При подготовке управленческих решений в МО важно использовать системный подход в отношении учётной и аналитической информации. Это позволяет принимать качественные и эффективные решения на основе адекватного анализа данных. Юридическую базу для принятия управленческих решений

---

[195] Данилов В.Ю. Управленческие решения в современном здравоохранении (на примере санаторных услуг) / В.Ю. Данилов // Информационные технологии, инновации, инвестиции, математические методы и модели: менеджмент, экономика, принятие решений, безопасность, риски: сборник статей. Тула: Тульский государственный университет, 2017, с. 69–72.

[196] Технологии управления: от теории к практике применения в учреждениях здравоохранения / А. Н. Попсуйко, Я. В. Данильченко, Е. А. Бацина [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения, 2020, Т. 66, № 5, с. 2., DOI 10.21045/2071–5021–2020–66–5–2.

[197] Мамедова М.Г.Г. Методы принятия решений в управлении трудоустройством медицинских специалистов / М.Г.Г. Мамедова, З.Г.Г. Джабраилова // Искусственный интеллект и принятие решений, 2017, № 3, с. 69–81.

[198] Махатова А.Б. Влияние результатов оценки бремени болезней на принятие решения в процессе развития системы здравоохранения / А.Б. Махатова // OPEN INNOVATION: сборник статей XII Международной научно–практической конференции. Пенза, 23 апреля 2020. Пенза: Издательство: «Наука и Просвещение», 2020, с. 110–112.

[199] Фарманян К.Р. Особенности управленческих решений в системе здравоохранения на основе внедрения принципов бережливого производства / К.Р. Фарманян // Менеджмент в здравоохранении: вызовы и риски XXI века: сб. мат. VII международной научно–практической конференции. Волгоград, 17–18 ноября 2022 года. Волгоград: Волгоградский государственный медицинский университет, 2023, с. 110–111.

[200] Development and pilot of a multicriteria decision analysis (MCDA) tool for health services administrators / R. Blythe, S. Naidoo, C. Abbott [et al.] // BMJ Open, 2019, Vol. 9, № 4, p. e025752.

[201] Masic, I. Medical Decision Making – an Overview / I. Masik // Acta Inform Med, 2022, Vol. 30, № 3, p. 230–235.

[202] Organizational aspect in healthcare decision–making: a literature review / A. Dubromel, M.A. Duvinage–Vonesch, L. Geffroy, C. Dussart // J Mark Access Health Policy, 2020, Vol. 8, № 1, p. 1810905.

[203] The evolving role of patient preference studies in health–care decision–making, from clinical drug development to clinical care management / Y. Jackson, E. Janssen, R. Fischer [et al.] // Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res, 2019, Vol. 19, № 4, p. 383–396.

[204] Watson, M. Panel discussion on the application of MCDA tools / M. Watson // Cost Eff Resour Alloc, 2018, Vol. 9, № 16, p. 40.

[205] Alsaqqa H. Toward organizational evidence–based management in healthcare organizations / H. Alsaqqa // International Journal of Health Services Research and Policy, 2020,Vol.5, № 2, p. 162–177.

составляют нормативно–правовые и подзаконные акты, регулирующие деятельность МО и сферы здравоохранения в целом, а экономический аспект характеризуется соизмерением затрат и результатов.

Отвечая на современные вызовы в здравоохранении, Правительство Москвы активно работает над совершенствованием системы здравоохранения, используя современные подходы к управлению и мониторингу. Повышение эффективности работы медицинских организаций и внедрение системы мониторинга их деятельности, задекларировано в одном из ключевых документов – государственной программе города Москвы «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)»[206].

Эффективность деятельности медицинской организации во многом зависит от качества принимаемых управленческих решений. Анализ эффективности деятельности МО на основе системы экономических и социальных показателей является одним из основных экономических методов в управлении.

Основным документом, целенаправленно разработанным для оценки эффективности деятельности МО города Москвы, является приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 29 июля 2015 г. № 632[207] – далее приказ ДЗМ № 632, которым утверждены целевые показатели оценки качества и эффективности деятельности учреждений здравоохранения и их руководителей.

В зависимости от вида медицинской организации приказом №632 установлен соответствующий перечень показателей с указанием их целевых значений. Для медицинских организаций, оказывающих первичную медико–санитарную помощь взрослому населению всего установлено 16 целевых показателей, разделенных на 3 группы: эффективность, доступность и качество лечения (таблица 4).

---

[206] Постановление Правительства Москвы от 04.10.2011 № 461–ПП (ред. от 26.03.2024) "О Государственной программе города Москвы "Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)".

[207] Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 29.07.2015 № 632 «Об утверждении целевых показателей оценки качества и эффективности деятельности учреждений, находящихся в ведении Департамента здравоохранения города Москвы, и критериев оценки эффективности и результативности деятельности руководителей государственных учреждений города Москвы, находящихся в ведении Департамента здравоохранения города Москвы».

Таблица 4 – Перечень целевых показателей для взрослых поликлиник

Группа	Наименование показателя	Ед. изм.
Эффективность	1. Выработка по ОМС на основной медперсонал (врачи и СМП)	тыс. руб. на чел.
	2. Доля немедицинских расходов	%
	3. Достижение целевого уровня средней заработной в соответствии с требованиями Указа Президента[208]	%
	4. Доля просроченной кредиторской задолженности в балансовой стоимости активов	%
Доступность	1. Средняя доля записи пациентов, попавших в «красную зону» по доступности к терапевтам/ педиатрам, включая нереализованный спрос	%
	2. Средняя доля записи пациентов, попавших в «красную зону» по доступности к специалистам 1–го уровня, включая нереализованный спрос	%
	3. Средняя доля записи пациентов, попавших в "красную зону" по доступности к специалистам 2–го уровня, включая нереализованный спрос	%
Качество лечения	1. Количество вызовов бригад скорой помощи	вызовов на 10 тыс. чел.
	2. Количество госпитализаций бригадами скорой помощи	вызовов на 10 тыс. чел.
	3. Количество обоснованных жалоб на доступность медицинской помощи в поликлинике	шт. на 100 тыс. приемов
	4. Доля сотрудников, удовлетворенных условиями труда	%
	5. Доля пациентов, неудовлетворенных качеством медицинской помощи, оказываемой в ЛПУ	%
	6. Доля пациентов с артериальной гипертонией, у которых достигнут контроль артериального давления	%
	7. Доля пациентов с сахарным диабетом 2 типа, у которых достигнут контроль уровня гликированного гемоглобина (HbA1c)	%
	8. Контроль уровня холестерина липопротеидов низкой плотности у пациентов с ИБС без инфаркта миокарда и с перенесенным инфарктом миокарда	ммоль/л (миллимоль на литр)
	9. Наличие предписаний контролирующих органов и своевременное устранение нарушений, установленных контролирующими органами	

Источник: составлено автором

Наибольшее число показателей (9 из 16) относится к группе «Качество лечения», хотя весовая значимость данной группы показателей составляет 20%, в то время как весовая значимость показателей групп «Эффективность» и

[208] Указ Президента РФ от 07.05.2012 № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики».

«Доступность» составляет 40%. Следует отметить, что действие приказа ДЗМ №632 в отношении взрослых и детских поликлиник утратило силу с 21.02.2025, а новые показатели по состоянию на 01.05.2025 не утверждены.

Несмотря на то, что приказом ДЗМ № 632 установлен перечень показателей оценки качества и эффективности деятельности МО и результативности деятельности их руководителей, решение по итогам достигнутых результатов принимается только в отношении выплат стимулирующего характера руководителям МО, т.е. этот приказ, несмотря на свое название, фактически используется для выполнения законодательно установленных требований по совершенствованию систем оплаты труда.

С 1 декабря 2008 года в Российской Федерации был осуществлен переход с оплаты труда работников федеральных бюджетных, автономных и казенных учреждений и федеральных государственных органов на основе Единой тарифной сетки (ЕТС) на новую систему (СОТ), которая предусматривает такие составляющие заработной платы медицинских работников как должностной оклад, компенсационные выплаты и выплаты стимулирующего характера[209].

Должностной оклад – это фиксированная часть заработной платы, гарантированно выплачиваемая за исполнение должностных обязанностей сотрудника, в соответствии с его принадлежностью к определенной квалификационной группе; компенсационные выплаты – это предусмотренные действующим законодательством (Трудовой кодекс) доплаты за особый характер труда или работу в условиях, отклоняющихся от нормальных (сверхурочные работы, работа в ночное время, работа в регионах с экстремальным климатом); выплаты стимулирующего характера – это поощрительные выплаты по решению работодателя за эффективность, высокие результаты и качественное оказание медицинской помощи[210].

---

[209] Эльбек Ю. В. Система оплаты труда в медицинских организациях города Москвы: изменения в законодательстве / Ю. В. Эльбек // Труды Научно–исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента: Сборник научных трудов. – Москва: Научно–исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента, 2024, С. 173–177.

[210] там же

Мероприятия по переходу медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы на новую СОТ осуществляются, начиная с 2012 года в соответствии с приказом ДЗМ от 09.06.2012 № 531[211].

СОТ устанавливается с учетом:

– единого тарифно–квалификационного справочника работ и профессий рабочих;

– единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и других служащих;

– государственных гарантий по оплате труда;

– перечня видов выплат компенсационного характера;

– перечня видов выплат стимулирующего характера;

– рекомендаций Российской трехсторонней комиссии по регулированию социально–трудовых отношений, Московской трехсторонней комиссии по регулированию социально–трудовых отношений;

– профессиональных стандартов;

– мнения выборного профсоюзного органа.

Порядок, условия и размеры выплат компенсационного и стимулирующего характера устанавливаются коллективными договорами и (или) локальными нормативными актами МО по согласованию с выборными профсоюзными органами (представительными органами работников) в пределах всех источников финансирования.

К компенсационным выплатам относятся:

– выплаты работникам, занятым на работах с вредными, опасными и (или) иными особыми условиями труда;

– выплаты за работу в условиях, отклоняющихся от нормальных;

– выплаты за работу со сведениями, составляющими государственную тайну.

---

[211] Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 09.06.2012 № 531 (ред. от 31.03.2024) "О мероприятиях по переходу медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы на систему оплаты труда, отличную от тарифной системы оплаты труда работников государственных учреждений города Москвы".

С учетом изменений, внесенных в приказ ДЗМ № 531 в марте 2024 года к стимулирующим выплатам относятся:

– стимулирующие выплаты за эффективность, высокие результаты и качество труда;

– стимулирующие выплаты, устанавливаемые и предоставляемые медицинским организациям государственной системы здравоохранения города Москвы в соответствии с нормативными актами Правительства Москвы и Департамента здравоохранения города Москвы;

– иные стимулирующие выплаты, устанавливаемые учреждениями по согласованию с Департаментом здравоохранения города Москвы как учредителем;

– премии.

Для определения размера стимулирующих выплат оценка эффективности, высоких результатов и качества труда осуществляется на основе анализа трудовой деятельности работников в соответствии с утвержденным рекомендуемым перечнем показателей и расширенным перечнем показателей для врачей терапевтов (ВОП). Сравнение перечней представлено в таблице 5.

Таблица 5 – Сравнение перечня показателей для всех работников и врачей – терапевтов

№п/п	Наименование показателя	Работники	ВОП
1.	Выполнение государственного задания (планового задания, установленных норм нагрузки)	+	+
2.	Повышение качества оказываемых услуг*	+	+
3.	Выполнение отраслевых стандартов и соблюдение протоколов ведения больных	+	–
4.	Соблюдение этики и деонтологии	+	+
5.	Отсутствие обоснованных жалоб	+	+
6.	Отсутствие замечаний (актов, предписаний) от руководства и контролирующих органов по ведению и заполнению утвержденной документации	+	+
7.	Принятие участия в разработке и внедрении мероприятий, направленных на совершенствование деятельности учреждения	+	+
8.	Соблюдение трудовой дисциплины	+	+
9.	Иные показатели, свойственные профилю учреждения, особенностям деятельности работников	+	+
10.	Время ожидания пациентом приема	–	+

11.	Количество вызовов скорой медицинской помощи к пациентам с амбулаторно–контролируемыми заболеваниями, количество их госпитализаций, частота осложнений	–	+
12.	Частота выявления злокачественных новообразований	–	+
13.	Удельный вес больных с запущенной клинической стадией в общем количестве больных туберкулезом	–	+
14.	Обоснованность направлений (отказов в направлении) пациентов к специалистам второго уровня	–	+
15.	Время работы, затраченное на работу с пациентами	–	+
16.	Лояльность населения при оценке качества работы врача	–	+

*Повышение качества услуг – положительная динамика достижений по показателям доступности государственных услуг, уровень удовлетворенности потребителя качеством государственных услуг

Источник: составлено автором

От обеспеченности врачебными кадрами напрямую зависят некоторые показатели оценки эффективности, предусмотренные приказом №531. Учитывая важность кадровых ресурсов для эффективного функционирования МО нами проведен анализ соответствия действующих штатных нормативов численности реальным потребностям в поликлиниках Москвы за 2017–2022 гг.

По обеспеченности штатными должностями врачей выявлена потребность по наиболее востребованным специальностям врачей. Потребность в штатных должностях на 10 тыс. прикрепленного населения рассчитывалась как разница (отклонение) между фактическими данными по обеспеченности штатными должностями в сравнении с нормативным значением, рекомендованным приказом №543 (далее – Норматив)[212]. Расчетные данные представлены в таблице 6.

Таблица 6 – Потребность в штатных должностях за 2017–2022 гг.[213]

Специальность врача	**Показатель**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**
кардиология	Норматив (приказ № 543)	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
	Обеспеченность	0,47	0,37	0,43	0,45	0,42	0,41
	Соответствие нормативу,%	94,0	74,0	86,0	90,0	84,0	82,0
	Потребность	0,03	0,13	0,07	0,05	0,08	0,09

[212] Научное обоснование подходов к преобразованию деятельности амбулаторно–поликлинических учреждений, подведомственных ДЗМ. Отчет о НИР/НИОКР (промежуточный), 2023, 254 с. Номер государственной регистрации: 123032100061–9. Режим доступа: корпоративный доступ.

[213] там же

неврология	Норматив (приказ № 543)	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
	Обеспеченность	0,72	0,61	0,56	0,62	0,59	0,58
	Соответствие нормативу,%	143,7	122,6	112,6	123,6	117,6	115,1
	Потребность	–0,22	–0,11	–0,06	–0,12	–0,09	–0,08
оториноларингология	Норматив (приказ № 543)	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
	Обеспеченность	0,50	0,46	0,44	0,51	0,48	0,48
	Соответствие нормативу,%	100,9	92,4	87,6	101,1	95,5	95,7
	Потребность	0,00	0,04	0,06	–0,01	0,02	0,02
офтальмология	Норматив (приказ № 543)	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
	Обеспеченность	0,63	0,57	0,54	0,57	0,55	0,56
	Соответствие нормативу,%	105,6	94,6	90,4	95,7	91,7	93,7
	Потребность	–0,03	0,03	0,06	0,03	0,05	0,04
урология	Норматив (приказ № 543)	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
	Обеспеченность	0,42	0,37	0,35	0,41	0,38	0,36
	Соответствие нормативу,%	84,5	74,7	70,6	81,1	76,2	72,0
	Потребность	0,08	0,13	0,15	0,09	0,12	0,14
хирургия	Норматив (приказ № 543)	0,65	0,65	0,65	0,65	0,65	0,65
	Обеспеченность	0,75	0,67	0,64	0,71	0,69	0,66
	Соответствие нормативу,%	116,0	102,7	98,8	108,8	106,2	101,5
	Потребность	–0,10	–0,02	0,01	–0,06	–0,04	–0,01
эндокринология	Норматив (приказ № 543)	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
	Обеспеченность	0,53	0,45	0,42	0,45	0,43	0,43
	Соответствие нормативу,%	105,6	90,7	84,2	90,6	86,8	85,6
	Потребность	–0,03	0,05	0,08	0,05	0,07	0,07

Источник: составлено и рассчитано автором на основе данных: Научное обоснование подходов к преобразованию деятельности амбулаторно–поликлинических учреждений, подведомственных ДЗМ. Отчет о НИР/НИОКР (промежуточный),2023,254с. Номер государственной регистрации: 123032100061–9. Режим доступа: корпоративный доступ.

Наибольшая потребность в штатных должностях исходя из соответствия показателя обеспеченности на 10 тыс. прикрепленного населения Нормативу на протяжении всего периода 2017–2022 гг. отмечена по специальностям

«кардиология» – от 0,03 до 0,17 должн. и «урология» – от 0,08 до 0,15 должн. Потребность в штатных должностях отмечена также по специальностям «оториноларингология» – от 0,02 до 0,06 должн. и «эндокринология» – от 0,05 до 0,18 должн., за исключением 2017 г. и 2022 г., а также по специальностям «офтальмология» – от 0,03 до 0,06 должн., за исключением 2017 г., и «хирургия» – 0,01 должн.[214].

Существующие проблемы с обеспеченностью врачебными кадрами сигнализируют о недостаточной проработке этого вопроса руководителями МО, включая анализ нормативной базы, что сказывается на качестве принимаемых управленческих решений.

Описанные выше факты свидетельствуют о необходимости поиска инструментов, позволяющих влиять на качество принятия УР. Признаком высокого качества УР является достижение запланированных результатов в результате принятия УР в рамках действующего законодательства и имеющихся компетенций с минимальными издержками и в пределах допустимого риска. В МО, осуществляющих свою деятельность в рамках бюджетного финансирования, управленческие решения в значительной степени ограничены имеющимися ресурсами и результативность решений зависит от успешного (рационального) использования этих ресурсов.

Таким образом, для совершенствования подходов к принятию эффективных управленческих решений в государственных МО требуется создание сбалансированной картины эффективности работы медицинских учреждений, что возможно только при условии внедрения новых инструментов оценки и четкой нормативной базы. Предпочтительным инструментом оценки в этой ситуации является рейтинг, построенный на комплексной системе унифицированных показателей.

---

[214] Научное обоснование подходов к преобразованию деятельности амбулаторно–поликлинических учреждений, подведомственных ДЗМ. Отчет о НИР/НИОКР (промежуточный), 2023, 254 с. Номер государственной регистрации: 123032100061–9. Режим доступа: корпоративный доступ.

ГЛАВА 2. КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К ФОРМИРОВАНИЮ РЕЙТИНГОВЫХ УНИФИЦИРОВАННЫХ МОДЕЛЕЙ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ УПРАВЛЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННЫМИ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ

2.1. Сравнительное исследование сложившихся научно–обоснованных подходов к оценке эффективности медицинских организаций в задачах управления

Эффективность медицинских организаций является важным компонентом системы здравоохранения, определяющим её способность реагировать на вызовы времени и потребности населения.

Использование системы оценки эффективности медицинских организаций считается многими экспертами результативной мерой, направленной на улучшение качества медицинского обслуживания и выявление ключевых областей для проведения необходимых организационных преобразований в сфере здравоохранения. Разработка и внедрение такой системы должны стать основой для принятия обоснованных управленческих решений, способствующих дальнейшему развитию отрасли.

Об этом в своих работах упоминают Н.В. Курнакина[215], Т.А. Пожидаева[216], С.С. Бударин[217], С.А. Мартынчик и С.В. Филатенкова[218]. При этом открытым остается вопрос, что же нужно понимать под эффективностью?

Споры об оценке эффективности МО в научных кругах ведутся постоянно. Выраженный интерес к этой проблематике сегодня еще больше усилился в связи с

---

[215] Курнакина Н. В. Методика комплексной оценки эффективности деятельности медицинской организации за год / Н. В. Курнакина // Инновации и инвестиции, 2017, № 2, с. 137–140.

[216] Пожидаева Т. А. Анализ экономической эффективности деятельности бюджетной медицинской организации / Т.А. Пожидаева, М.А. Шамраева, А.А. Федченко // Вестник Воронежского государственного университета. Серия: Экономика и управление, 2020, № 2, с. 75–89, DOI 10.17308/econ.2020.2/2903.

[217] Бударин С. С. Вопросы выбора оценочных показателей деятельности медицинских организаций / С. С. Бударин // Труды Научно–исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента: Сборник научных трудов / Под общей редакцией Е.И. Аксеновой. Выпуск 4 (14). Москва: Государственное бюджетное учреждение города Москвы "Научно–исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы", 2022, с. 147–153.

[218] Мартынчик С. А. Система показателей эффективности деятельности амбулаторно–поликлинических учреждений / С. А. Мартынчик, С. В. Филатенкова // Социальные аспекты здоровья населения, 2009, № 4(12).

ускоренным инновационным развитием и цифровизацией отрасли, а также внедрением принципов ценностно–ориентированного здравоохранения (ЦОЗ).

Изучением подходов к оценке эффективности МО занимались и продолжают заниматься ученые и исследователи в области организации общественного здоровья и здравоохранения, такие как В.О. Щепин[219], В.И. Стародубов[220], Ф.Н. Кадыров[221], И.А. Егорова[222], Т.А. Пожидаева[223], Н.И. Яшина[224], К.П. Яблонский[225], Бударин С.С.[226].

Проведенный контент–анализ актуальной научной литературы показал, что на сегодняшний день существует множество определений понятия «эффективность медицинских организаций», однако большинство из них акцентирует внимание на способности этого типа учреждений достигать поставленных целей при использовании ограниченных ресурсов.

При оценке эффективности медицинских организаций традиционно применяется несколько подходов, среди которых можно выделить:

1. Классический подход – основывается на анализе общепринятых экономических показателей, таких как рентабельность, затраты и доходы. Этот

---

[219] Современные подходы к рейтингу медицинских организаций на основе стратегии устойчивого развития учреждения здравоохранения / Ю. И. Бравве, В. О. Щепин, К. С. Толстова, О. А. Латуха // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2021, Т. 29, № 5, с. 1171–1178, DOI 10.32687/0869–866X–2021–29–5–1171–1178.

[220] Математическое моделирование в управлении эффективностью работы медицинских организаций,оказывающих помощь лицам пожилого возраста в стационарных условиях / А. Н. Эделева, В. И. Стародубов, М. А. Федоткин [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения, 2018, № 2(60), с. 2.

[221] Кадыров Ф.Н. Экономические методы оценки эффективности деятельности медицинских учреждений / / Ф. Н. Кадыров. – Москва: Менеджер здравоохранения, 2011,469 с.

[222]Егорова И.А. Методика оценки эффективности деятельности поликлиник УДП РФ / И.А.Егорова, В.П.Коровкин, С.П.Миронов // Кремлевская медицина, 2008. М., 2008, № 2, с.26.

[223] Пожидаева Т.А. Анализ экономической эффективности деятельности бюджетной медицинской организации / Т. А. Пожидаева, М. А. Шамраева, А. А. Федченко // Вестник Воронежского государственного университета. Серия: Экономика и управление, 2020, № 2, с. 75–89, DOI 10.17308/econ.2020.2/2903.

[224]Яшина Н.И. Разработка методических аспектов оценки эффективности деятельности лечебно–профилактических учреждений / Н. И. Яшина, Е. А. Хансуварова, К. С. Яшин // Управленец, 2016, № 4(62), с. 26–33.

[225] Яблонский К. П. Оценка эффективности деятельности медицинских организаций : специальность 08.00.05 "Экономика и управление народным хозяйством (по отраслям и сферам деятельности, в т.ч.: экономика, организация и управление предприятиями, отраслями, комплексами; управление инновациями; региональная экономика; логистика; экономика труда; экономика народонаселения и демография; экономика природопользования; экономика предпринимательства; маркетинг; менеджмент; ценообразование; экономическая безопасность; стандартизация и управление качеством продукции; землеустройство; рекреация и туризм)" : диссертация на соискание ученой степени кандидата экономических наук / Яблонский Казимир Петрович, 2020, 451 с.

[226] Бударин С.С. Предложения по актуализации показателей оценки эффективности деятельности учреждений первичного звена на примере Москвы / С.С. Бударин // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучения. Вестник ВШОУЗ, 2024, Т. 10, № 2(36), с. 48–58, DOI 10.33029/2411–8621–2024–10–2–48–58.

подход часто критикуется за узкий фокус, не позволяющий учитывать качество медицинских услуг и удовлетворенность пациентов.

2. Подход, основанный на результатах — акцентирует внимание на конечных результатах деятельности МО, таких как улучшение здоровья пациентов, достижение целевых показателей и долговременные результаты лечения. В этом контексте акцент делается на оценке воздействия медицинских услуг на здоровье населения.

3. Пациенто–ориентированный подход – рассматривает эффективность с точки зрения пациентов, акцентируя внимание на их удовлетворенности качеством обслуживания, доступностью услуг и вниманием медицинского персонала. Этот подход способствует более полному пониманию того, как МО могут улучшить свою деятельность.

Научное обоснование подходов к эффективности медицинских организаций должно опираться в первую очередь на существующую в стране систему здравоохранения[227]. В государственной системе здравоохранения РФ медицинская помощь оказывается медицинскими организациями, которые по организационно–правовой форме преимущественно являются государственными бюджетными учреждениями здравоохранения и финансируются за счет средств системы обязательного медицинского страхования (ОМС). По данным Росстата[228] в организационной структуре сети медицинских организаций преобладают амбулаторно–поликлинические организации (АПО), их количество в 4 раза превышает количество больничных организаций (БО), а доля АПО, находящихся в государственной собственности составляет порядка 70% (рис.5).

[227] Аксенова Е. И. Анализ практики применения действующих систем оплаты медицинской помощи и оплаты труда медицинского персонала в зарубежных странах с учетом принципов ценностно–ориентированного здравоохранения: монография / Е. И. Аксенова, С. С. Бударин, Ю. В. Бударина. Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2024,201 с., ISBN 978–5–907805–64–4.

[228] Росстат. Официальная статистика. Население. Здравоохранение. Лечебно–профилактическая помощь. Число больничных организаций на конец отчетного года. Число амбулаторно–поликлинических организаций на конец отчетного года. Режим доступа: https://rosstat.gov.ru/folder/13721.

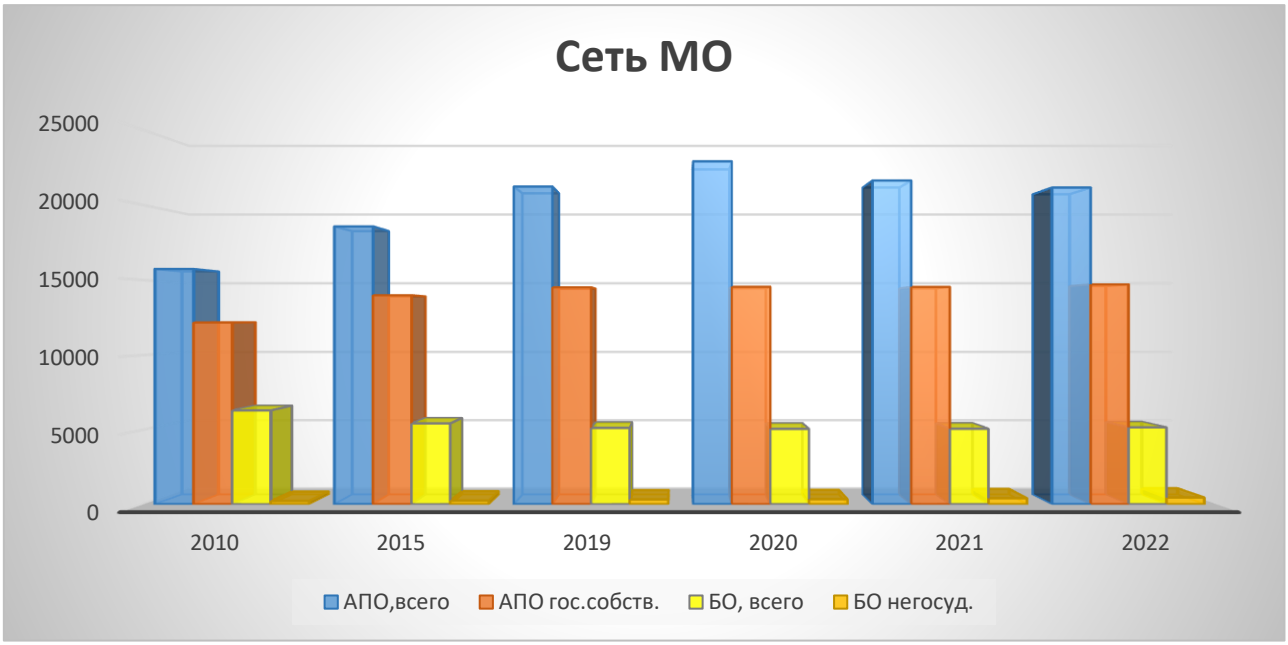


Рис. 5 – Организационная структура сети медицинских организаций

Источник: составлено автором на основании данных: Росстат. Официальная статистика. Население. Здравоохранение. Лечебно–профилактическая помощь. Число больничных организаций на конец отчетного года. Число амбулаторно–поликлинических организаций на конец отчетного года. Режим доступа: https://rosstat.gov.ru/folder/13721.

Законодательно закрепленная база для оценки эффективности АПО на федеральном уровне включает рекомендации по оценке эффективности деятельности медицинских организаций на основе критериев доступности и качества медицинской помощи[229] и методику оценки эффективности использования ресурсов медицинских организаций на основе выполнения функции врачебной должности[230].

В случае оценки эффективности на основе критериев доступности и качества медицинской помощи рекомендуется использовать данные статистического учета и отчетности и форм первичной учетной документации с использованием показателей, представленных в таблице 7.

[229] Письмо Минздрава России от 29.01.2016 № 13–0/10/1–386 «Рекомендации по оценке эффективности деятельности медицинских организаций на основе критериев доступности и качества медицинской помощи».
[230] Письмо Минздрава России от 30.01.2023 N 31–2/И/2–1287 «О формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 – 2025 годы».

Таблица 7 – Рекомендуемые показатели для оценки эффективности МО

№ п/п	Наименование показателя	Формула расчета	Источник данных
1	Частота расхождений диагнозов врача участковой службы и стационара, %	Число диагнозов врача участковой службы, не подтвержденных при поступлении пациента в стационар х 100 / общее число направлений пациента в стационар	форма 066/у–02
2	Частота вызовов скорой медицинской помощи на 1000 населения	Число лиц, вызывавших скорую медицинскую помощь, х 1000 / численность населения территориальных врачебных участков	форма № 110/у
3	Частота осложнений (инфарктов миокарда, мозговых инсультов) на 1000 прикрепленного населения	Частота осложнений (инфарктов миокарда, мозговых инсультов) х 1000 / среднегодовое число прикрепившихся к поликлинике пациентов, страдающих сердечно–сосудистыми заболеваниями	форма ФСН №12, форма № 030/у
4	Частота осложнений сахарного диабета среди лиц, больных диабетом, %	не указана	форма № 030/у
5	Частота осложнений сахарного диабета II типа среди лиц, состоящих под диспансерным наблюдением,%	не указана	форма № 030/у
6	Частота выявления больных злокачественными новообразованиями (ЗНО), %	Число больных с впервые установленными ЗНО всех локализаций в 4 стадии и в 3 стадии визуальных локализаций х 100 / общее число больных с впервые в жизни установленным диагнозом ЗНО	форма № 030–6/у
7	Удельный вес больных туберкулезом, выявленных в запущенной клинической стадии, в общем числе больных туберкулезом	не указана	учетная форма «Контрольная карта диспансерного наблюдения контингентов противотуберкулезных учреждений»
8	Охват детей первого года жизни профилактическими осмотрами	Число осмотренных детей 1 года жизни х 100 / число детей первого года жизни, подлежащих профилактическому осмотру	форма № 025–1/у
9	Динамика уровня общей заболеваемости детей на участке	Количество установленных в отчетном периоде случаев общей заболеваемости	форма № 025–1/у

		(распространенности) х 100 / число прикрепленного детского населения	
10	Смертность детей на дому на 10000 детского населения	Число умерших детей на дому х 10000 / среднегодовая численность детского населения	форма № 025–1/у

Источник: составлено автором

Во втором случае, оценка эффективности основывается на сопоставлении финансовых показателей и показателей посещаемости. Для этого рассчитываются коэффициент выполнения функции врачебной должности ($К_{фвд}$) и коэффициент финансовых затрат ($К_{фз}$). Указанные коэффициенты рассчитываются по формулам:

$$Кфвд = \frac{Пф}{Пп} \quad (1)$$

где,

$К_{фвд}$ – коэффициент выполнения функции врачебной должности;

$П_ф$ – фактическое число посещений;

$П_п$ – плановое (нормативное) число посещений.

$$Кфз = \frac{Рф}{Ру} \quad (2)$$

где,

$К_{фз}$ – коэффициент финансовых затрат;

$Р_ф$ – фактическая сумма расходов;

$Р_у$– утвержденная сумма расходов.

Оценка эффективности определяется по соотношению рассчитанных коэффициентов. Например, если, при финансовом обеспечении 85% ($К_з$ = 0,85) функция врачебной должности выполняется на 90% ($К_в$ = 0,9), т.е. $К_з$ ниже $К_в$, считается, что МО работает эффективно.

Однако сложность и многообразие факторов, влияющих на эффективность МО, требуют использования многомерных моделей оценки, которые объединяют различные подходы в комплексный подход. Существует несколько научно обоснованных комплексных подходов к оценке эффективности медицинских организаций, которые активно обсуждаются в научной литературе и применяются на практике:

1. Оценка на основе системы сбалансированных показателей (ССП).

Система сбалансированных показателей (ССП) была разработана как инструмент стратегического управления. Она позволяет организациям оценивать свою эффективность не только через финансовую призму, но и с точки зрения различных заинтересованных сторон: пациентов, сотрудников, партнеров и общества в целом. Родоначальниками ССП считаются Р. Каплан (Robert Kaplan) и Д. Нортон (David Norton)[231], которые в 1992 г. на основе результатов исследования хозяйственной деятельности 12 крупных компаний США разработали сбалансированную систему показателей (balanced scorecard, BSC) для управления реализацией стратегии компании. Первоначально эта система предназначалась для коммерческих компаний, но на сегодняшний день ССП является универсальным инструментом для применения в различных сферах экономической деятельности, в том числе и в здравоохранении. Стратегические цели организации (учреждения, компании) являются главным ориентиром ССП.

Базовая ССП опирается на классическую структуру производственного процесса в разрезе четырёх областей: финансы (Financial Perspective), клиенты (Customer Perspective), внутренние бизнес –процессы (Internal Perspective), обучение и развитие (Learning and Growth Perspective). По мнению Пола Нивена,[232] известного специалиста в области реализации стратегии, «все четыре области ССП ориентированы на обеспечение баланса между долгосрочными и краткосрочными целями, между желаемыми результатами и факторами для их достижения, а также между жесткими объективными критериями и более мягкими субъективными показателями». Суть ССП заключается в комплексном использовании показателей, характеризующих вышеназванные 4 области, а слово «сбалансированная» в названии системы подразумевает одинаковую важность всех показателей. Применительно к сфере здравоохранения ССП можно представить в виде матрицы (рис.6).

---

[231] Kaplan R, Norton D. The balanced scorecard—measures that drive performance // Harv Bus Rev. 1992,70, p.71–79.

[232] Нивен П. Р. Сбалансированная система показателей [Текст]: Шаг за шагом: Максимальное повышение эффективности и закрепление полученных результатов: пер. с англ. / П. Р. Нивен. – Днепропетровск: Баланс–Клуб, 2003,314с., ISBN 966–8216–45–8.



Рис. 6 – Базовая матрица ССП в здравоохранении

Источник: Составлено автором

Для каждой области определяются ключевые цели, которые актуальны для конкретной МО и выбираются показатели, способные наилучшим образом оценить успешность реализации намеченных ключевых целей. Например, ключевая цель в области «Финансы» может заключаться в эффективном использовании ресурсов, в области «Пациенты» – это может быть повышение удовлетворенности пациента качеством и доступностью медицинской помощи, в области «Организация процесса оказания медицинской помощи» – оптимизация внутренних процессов путем повышения доступности услуг, эффективности использования кадровых и материально–технических ресурсов, а в области «Персонал» – эффективность инвестиций в обучение и непрерывное совершенствование компетенций персонала.

С момента разработки ССП успешно использовалась для оценки эффективности работы МО во всем мире[233],[234],[235],[236],[237],[238]. Были отмечены преимущества ССП при измерении влияния ее внедрения на удовлетворенность медицинских работников, удовлетворенность пациентов и финансовые показатели МО. Стоит отметить, что первой МО, внедрившей ССП, стала детская больница Дьюка в США в 2000 году. В результате больница смогла преобразовать 11 миллионов долларов убытков в четыре миллиона долларов прибыли[239].

В более поздних исследованиях в базовую версию ССП были интегрированы стратегические карты для описания причинно–следственных связей между стратегическими целями каждой области[240] и целевые задачи, меры и планы действий для достижения намеченных целей[241].

Подход к оценке эффективности МО на основе ССП пока недостаточно активно используется в нашей стране, хотя успешность его применения за рубежом доказывает рациональность и обоснованность внедрения ССП в РФ. Разработкой ССП для оценки эффективности МО занимались такие специалисты как С.А.

---

[233] Pink GH, McKillop I, Schraa EG, Preyra C, Montgomery C, Baker GR. Creating a balanced scorecard for a hospital system // J Health Care Finance, 2001,27, p.1–20.
[234] Koumpouros Y. Balanced scorecard: application in the general Panarcadian Hospital of Tripolis, Greece // Int J Health Care Qual Assur, 2013,26, p.286–307.
[235] Widyasari NLG, Adi NR. Balanced scorecard implementation in the government hospital // Russ J Agric Socio–Economic Sci, 2019,93, p.285–291.
[236] Fields SA, Cohen D. Performance enhancement using a balanced scorecard in a patient–centered medical home // Fam Med, 2011,43, p.735–739.
[237] Smith C, Christiansen T, Dick D, Howden JS, Wasylak T, Werle J. Performance management tools motivate change at the frontlines // Healthc Manag Forum. 2014,27,15–9. Режим доступа:https://doi.org/10.1016/j.hcmf.2013.12.003.
[238] Catuogno S, Arena C, Saggese S, Sarto F. Balanced performance measurement in research hospitals: the participative case study of a haematology department // BMC Health Serv Res, 2017,17, p.1–11.
[239] Meliones J. Saving money, saving lives // Harv Bus Rev, 2000,78, p.57–62.
[240] Kaplan RS. Conceptual foundations of the balanced scorecard // Handbooks Manag Account Res, 2009;3, p.1253–1269.
[241] Speckbacher G, Bischof J, Pfeiffer T. A descriptive analysis on the implementation of balanced scorecards in German–speaking countries // Manag Account Res, 2003,14, p.361–388.

Мартынчик и С.В. Филатенкова[242], А.Р. Диязитдинова[243], О.К. Коробкова[244], К.В. Яцушко[245], С.М. Нестерова[246] и др.

Обобщив опыт мировых и российских исследователей, процесс разработки ССП для оценки эффективности МО можно представить в виде следующих основных этапов (рис.7.):



Рис. 7– Блок–схема процесса разработки ССП для оценки эффективности МО

Источник: Составлено автором

На первом этапе «Моделирование стратегии» определяется миссия и общая стратегия. Миссия отражает смысл существования медицинской организации, соответствующий интересам пациента, а стратегия задает ориентир деятельности на планируемый период. С позиции ЦОЗ миссией медицинской организации является обеспечение ценности для состояния здоровья человека. После определения миссии и стратегии на втором этапе выбираются области, которые будут оцениваться. Как было указано выше для здравоохранения актуальными

[242] Мартынчик С. А. Система показателей эффективности деятельности амбулаторно–поликлинических учреждений / С. А. Мартынчик, С. В. Филатенкова // Социальные аспекты здоровья населения, 2009, № 4(12).

[243] Сударушкина Е. В. Показатели оценки эффективности работы медицинских учреждений / Е. В. Сударушкина, М. В. Федорова, А. Р. Диязитдинова // XXIX Российская научно–техническая конференция: Материалы XXIX Российской научно–технической конференции профессорско–преподавательского состава, научных сотрудников и аспирантов университета с приглашением ведущих ученых и специалистов родственных вузов и организаций, Самара, 22–25 марта 2022 года. Самара: Поволжский государственный университет телекоммуникаций и информатики, 2022, с. 148.

[244] Коробкова О.К. Разработка системы сбалансированных показателей для оценки социально–экономической эффективности деятельности продуцентов услуг сферы здравоохранения / О. К. Коробкова // Вестник Хабаровского государственного университета экономики и права, 2018, № 1, с. 88–95.

[245] Яцушко К.В. Использование системы сбалансированных показателей для целей контроля эффективности деятельности бюджетных учреждений здравоохранения / К. В. Яцушко // РИСК: Ресурсы, Информация, Снабжение, Конкуренция, 2021, № 2, с. 119–124.

[246] Нестерова С.М. Особенности анализа эффективности управления медицинскими организациями стоматологического профиля на основе сбалансированной системы показателей. Режим доступа: https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti–analiza–effektivnosti–upravleniya–meditsinskimi–organizatsiyami–stomatologicheskogo–profilya–na–osnove–sbalansirovannoy.

являются 4 области (финансовая, пациентская, внутренние процессы и обучение/рост). Но при выборе области необходимо учесть все аспекты деятельности организации (медицинский, социальный, экономический), рассматривая их через призму ЦОЗ.

На следующих этапах в рамках каждой области формулируются стратегические цели, при этом их число не должно быть слишком большим – от 1 до 4[247], формируется стратегическая карта, выбираются показатели и критерии их оценки. Стратегическая карта представляет собой документ, фиксирующий взаимосвязь между собой стратегических целей в рамках выбранных областей (рис.8).

должно быть минимальным – это необходимо ставления и измерения целей разрабатываются



Рис. 2. Стратегическая карта ГБУЗ. Источник: составлено автором при помощи сервиса BSC Designer (URL: https://bscdesigner.ru/)

Рис. 8 – Скриншот стратегической карты медицинской организации

Источник: Яцушко К.В. Использование системы сбалансированных показателей для целей контроля эффективности деятельности бюджетных учреждений здравоохранения / К. В. Яцушко // РИСК: Ресурсы, Информация, Снабжение, Конкуренция, 2021, № 2, с. 119–124[248]

[247] Яцушко К.В. Использование системы сбалансированных показателей для целей контроля эффективности деятельности бюджетных учреждений здравоохранения / К. В. Яцушко // РИСК: Ресурсы, Информация, Снабжение, Конкуренция, 2021, № 2, с. 119–124.

[248] там же

Стратегическая карта, основанная на ССП, помогает медицинской организации четко определить цели и показатели, которые поддерживают ее миссию. Она представляет собой мощный инструмент для управления стратегическими инициативами и оценки достижений организации на разных уровнях.

2. Метод DEA

Одним из подходов к оценке эффективности МО является использование метода DEA (Data Envelopment Analysis), который принято соотносить с разработками американских ученых A. Charnes, W. W. Cooper, E. Rhodes[249]. Первоначально DEA был создан для определения степени эффективности организаций общественного сектора, где нет возможности оценки входных и выходных параметров на основании рыночных цен. Поэтому впервые DEA был применён в общественном секторе США, в областях образования, здравоохранения и военной службы. В последние годы метод приобрел широкую популярность и с успехом применяется у исследователей многих стран для оценки эффективности деятельности изучаемых однородных объектов, независимо от сферы их функционирования.

Общепринятого аналога английскому названию метода в России пока нет, поэтому в научных публикациях встречаются такие названия, как «анализ свертки данных»[250], «анализ среды функционирования»[251],[252] «метод оболочечного анализа данных»[253],[254].

---

[249] Шапошников А. М. Эволюция методологии анализа среды функционирования: литературный обзор / А. М. Шапошников, С. В. Ратнер // Экономический вестник ИПУ РАН, 2023, Т. 4, № 1, с. 67–90, DOI 10.25728/econbull.2023.1.9–shaposhnikov.

[250] Федотов Ю. В. Измерение эффективности деятельности организации: особенности метода DEA (анализа свертки данных) / Ю. В. Федотов // Российский журнал менеджмента,2012, Т. 10, № 2, с. 51–62.

[251] Анализ эффективности функционирования сложных систем / В. Е. Кривоножко, А. И. Пропой, Р. В. Сеньков, И. В. Родченков, П. М. Анохин // Автоматизация проектирования, 1999, № 1, с. 2–7

[252] Соколов И. А. Эффективность реформирования бюджетной сети в сфере здравоохранения в 2010–х годах / И. А. Соколов, И. Н. Филиппова // Мир новой экономики, 2020, Т. 14. № 1, с. 108–122, DOI 10.26794/2220–6469–2020–14–1–108–122.

[253] Ильин И.В., Чемерис О.С., Сарыгулов А.И. Аналитический обзор подходов к оценке эффективности функционирования медицинских организаций в условиях изменения основных бизнеспроцессов в системе здравоохранения // Наука и бизнес: пути развития, 2021, № 10 (124), с. 57–64.

254 Селамзаде Ф.Д. Оценка эффективности системы здравоохранения Российской Федерации с помощью оболочечного анализа данных: на примере республик // Globus: Экономика и юриспруденция, 2021, Т. 7, № 1 (41), с. 7–20.

В основе метода DEA заложены принципы линейного программирования. В качестве входных параметров обычно выступают ресурсы, имеющиеся у объекта, а выходные параметры характеризуют конечный результат. Для построения базовой модели по методу DEA выбирается необходимое количество входных и выходных параметров для совокупности оцениваемых объектов (в качестве объекта могут рассматриваться регионы, отрасли экономики, учреждения, организации и т.д.). Затем для всех объектов строятся матрицы определенной размерности в зависимости от количества входных/выходных параметров и формулируется задача линейного программирования. Итоговое полученное значение является показателем эффективности одного из объектов выбранной совокупности, значение которого не может быть > 1.

Последовательно решая задачу для каждого объекта выявляются те объекты, у которых значение показателя эффективности =1, т.е. они находятся на границе относительной эффективности, и формируется граница относительной эффективности[255]. Чем ближе точка, соответствующая каждому объекту к границе относительной эффективности, тем выше эффективность. Такая модель считается классической моделью, ориентированной на входные параметры с постоянной отдачей от масштаба, и чаще всего встречается в публикациях, под названием CCR–модель (по инициалам ученых Charnes – Cooper – Rhodes)[256],[257],[258],[259]. Но, на практике на деятельность объектов всегда влияют какие–либо переменные факторы, поэтому для их учета в базовую модель добавляются весовые коэффициенты и получается модель, ориентированная на входные параметры с

[255] Рукавицына Т.А. Развитие модели методологии DEA. // Сибирский аэрокосмический журнал, 2009. Режим доступа: https://cyberleninka.ru/article/n/razvitie–modeli–metodologii–dea.

[256] Федотов Ю. В. Анализ границ производственных возможностей и оценка организационной эффективности в системе здравоохранения Санкт–Петербурга / Ю. В. Федотов, К. П. Яблонский, М. А. Виталюева // Вестник Санкт–Петербургского университета. Менеджмент, 2017, Т. 16, № 4, с. 471–506.

[257]Кутышкин А. В. Использование непараметрического анализа данных для оценки эффективности муниципальных медицинских учреждений региона / А. В. Кутышкин, О. В. Шульгин // Вестник Южно–Уральского государственного университета. Серия: Компьютерные технологии, управление, радиоэлектроника,2023, Т. 23. № 1, с. 57–66, DOI 10.14529/ctcr230105.

[258] Lissitsa, A, Babiéceva T. Анализ оболочки данных (DEA) – современная методика определения эффективности производства. Discussion Paper, No. 50. Institute of Agricultural Development in Central and Eastern Europe (IAMO), Halle (Saale). Режим доступа: https://www.econstor.eu/bitstream/10419/28581/1/374265275.pdf.

[259]Dlouhý, M. Non–homogeneity in the efficiency evaluation of health systems // BMC Health Services Research. Режим доступа: https://doi.org/10.1186/s12913–023–10246–8.

переменной отдачей от масштаба, которую принято называть BCC–модель по инициалам ученых впервые ее сформулировавших (Banker – Charnes – Cooper).

Классификация основных DEA–моделей по 2 критериям (ориентация и отдача от масштаба) [260] схематично представлена на рис.9

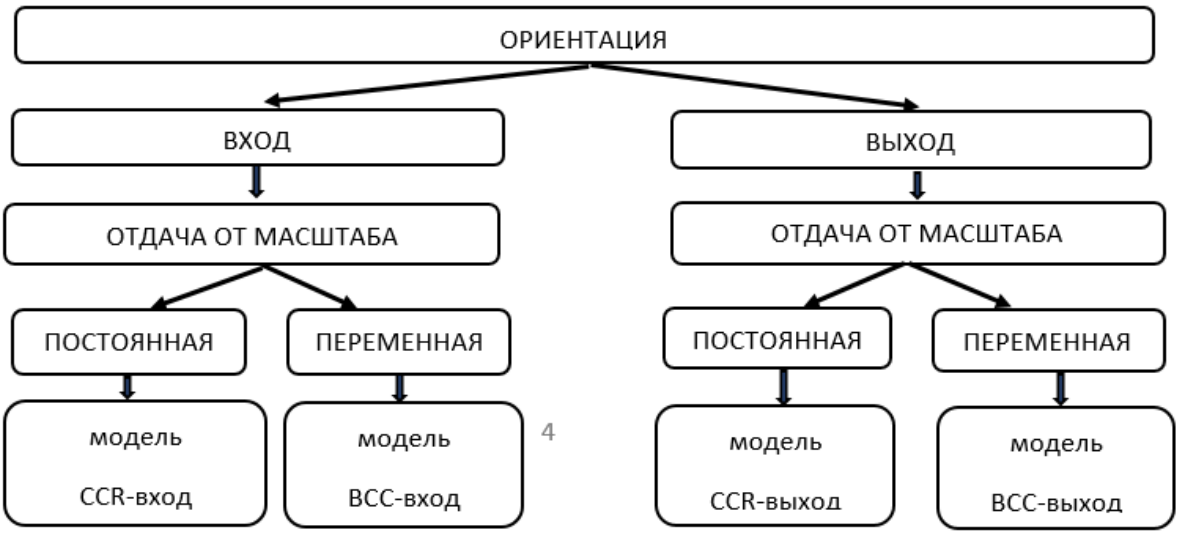


Рис. 9 – Классификация основных DEA–моделей

Источник: Составлено автором

Минимизация или максимизация значений входных параметров при условии, что выходные параметры остаются либо на первоначальном уровне, либо уменьшаются являются целью построения модели.

За последние 30 лет оценке эффективности МО с помощью метода DEA посвятили свои исследования многие ученые из разных стран. Первое европейское исследование опубликовали шведские ученые, изучавшие производительность шведских больниц с использованием индекса выпуска Мальмквиста[261]. За ним последовали многие другие – измерение эффективности отделений гемодиализа в Греции с анализом охвата данных; декомпозиция потенциального повышения эффективности от слияний больниц в Греции; производительность и качество

[260] Бударина Ю. В. Предпосылки внедрения метода DEA в практику московского здравоохранения на основе изучения зарубежного и российского опыта / Ю. В. Бударина // Здоровье мегаполиса, 2024,Т. 5, № 3, с. 106–117, DOI 10.47619/2713–2617.zm.2024.v.5i3;106–117.

[261] Färe, R., Grosskopf, S., Lindgren, B., Roos, P. Productivity Developments in Swedish Hospitals: A Malmquist Output Index Approach. In: Data Envelopment Analysis: Theory, Methodology, and Applications. Springer, Dordrecht, 1994. Режим доступа: https://doi.org/10.1007/978–94–011–0637–5_13.

оказания медицинских услуг в больницах Нидерландов; оценка деятельности больничного сектора Италии с помощью панельных данных и др.[262],[263],[264]. Большинство исследований посвящены оценке эффективности больниц. В качестве входных параметров рассматривались такие показатели, как обеспеченность материально–техническими ресурсами (капиталовложения), обеспеченность кадровыми ресурсами, квалификация персонала, обращения за первичной помощью, продолжительность пребывания на койке, мощность (размер) больницы и количество видов оказываемых услуг[265],[266].

Итальянские ученые Ребба и Рицци[267] обнаружили, что большое количество коек на одного жителя является одной из основных причин неэффективности больниц, поскольку это увеличивает накладные расходы. Китайские ученые во главе с Чангом[268] утверждают, что количество оказываемых видов услуг отрицательно связано с эффективностью, так как больший объем услуг усложняет управленческий процесс и требует больших затрат на управление. Это подтверждает Кампеделли и др.[269], которые обнаружили, что больницы, оказывающие первичную медицинскую помощь, несут более высокие расходы, чем больницы, которые не предоставляют эту услугу. Проведенные исследования не включали показатели качества при оценке эффективности деятельности больниц.

Итальянскими учеными в 2021 году была предпринята попытка оценки эффективности деятельности больниц, государственного подчинения в регионе Венето, с учетом показателей качества оказания медицинской помощи.

---

[262] Dotoli M, Epicoco N, Falagario M, Sciancalepore F. A cross–efciency fuzzy data envelopment analysis technique for performance evaluation of decision making units under uncertainty // Computers & Industrial Engineering, 2015, No.79, p.103–14.

[263] Flokou A, Aletras V, Niakas D. Decomposition of potential efciency gains from hospital mergers in Greece // Health Care Management Science, 2017, Vol.20, No. 4, p.67–84.

[264]van Ineveld M, van Oostrum J, Vermeulen R, Steenhoek A, van de Klundert J. Productivity and quality of Dutch hospitals during system reform // Health Care Management Science, 2016, Vol.19, No.3, p.79–90.

[265]Kohl S, Schoenfelder J, Fügener A, Brunner JO. The use of data envelopment analysis (DEA) in healthcare with a focus on hospitals // Health Care Management Science, 2019, Vol.22, No. 2, p.45–86.

[266] Kakeman E, Forushani AR, Dargahi H. Technical efciency of hospitals in Tehran // Iran Iranian J Public Health, 2016, Vol.45, No.4, p.494–502.

[267] Rebba V, Rizzi D. Analisi dell'efficienza relativa delle strutture di ricovero con il metodo DEA. Il caso degli ospedali del Veneto. Режим доступа: https://www.researchgate.net/publication/237225703.

[268] Chang F–K. Structural health monitoring: current status and perspectives. Stanford: CRC Press,1998, p. 801.

[269] Campedelli B, Guerrini A, Romano G, Leardini C. La performance della rete ospedaliera pubblica della regione Veneto //Mecosan: Management ed Economia Sanitaria, 2014, p. 31–119.

Исследование проводилось с помощью метода DEA, где в качестве входных параметров были выбраны три категории ресурсов (затрат): капитальные вложения (инвестиции), кадровые ресурсы (медицинский, сестринский, административный и технический персонал), эксплуатационные расходы (коммунальные расходы, содержание имущества и пр.), в качестве выходных использовались показатели количества амбулаторных посещений, дней пребывания на стационарных койках, доходы учреждений амбулаторного и стационарного профиля, занятости коек, а в качестве показателей качества учитывались уровень смертности и уровень нецелесообразной госпитализации[270]. Результаты показали, что размер больницы существенно влияет на эффективность и что большинству (77%) неэффективных больниц целесообразно реорганизовать немедицинский персонал для повышения эффективности. Кроме того, увеличение инвестиций в технологии может обеспечить более высокий уровень эффективности.

Анализ публикаций российских исследователей также показал успешный опыт применения метода DEA, с помощью которого оценивалась эффективность медицинского учреждения или региона в целом. Для оценки выбиралась подходящая по мнению исследователей модель DEA в соответствии с объективными потребностями.

В Свердловской области[271] была произведена оценка эффективности МО за 2011–2021 гг. и определен потенциальный объем потребления ресурсов (оказания услуг) для неэффективных организаций. Одновременно была выявлена высокая степень необеспеченности врачами и средним медицинским персоналом медицинских организаций, а также обнаружено ухудшение показателей качества здоровья населения и доступности медицинской помощи, проявившееся в росте числа хронических заболеваний (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, стенокардия, инфаркт миокарда, онкологическая патология и др.) на фоне увеличения размера инвестиций в систему здравоохранения.

---

[270] Chatfeld JS. Data envelopment analysis comparison of hospital efciency, quality and control // International Journal of Management, Accounting and Economics, 2014, Vol.4, No.1, p.93–109.

[271] Применение метода анализа среды функционирования DEA для сравнительной оценки эффективности медицинских учреждений муниципальных образований (кейс Свердловской области). Режим доступа: https://docs.yandex.ru/docs/view?tm=1703159493&tld=ru&lang=ru&name=5gze.docx&tex.

В ХМАО–Югра в исследуемом периоде (2013–2020 гг.) более 60 % МО функционировали с максимальной эффективностью, а недостаточно высокая эффективность остальных МО связана с наличием у них резервов используемых ресурсов. Для недостаточно эффективных МО были определены целевые значения входных показателей (ресурсов) для достижения максимальной эффективности[272].

Используя метод DEA для оценки деятельности стационаров Санкт–Петербурга с технической точки зрения был учтен нежелательный результат в виде некачественного лечения пациентов. Был сделан вывод, что учет нежелательного результата приводит к значениям, не соответствующим реальности, поэтому в качестве измерителя некачественно проведенного лечения предложено использовать показатель численности пациентов, расходы на лечение которых не были компенсированы МО[273].

По результатам оценки в республике Башкортостан с помощью метода DEA был выявлен перерасход ресурсов, а также был сформирован эталонный объект[274].

Большинство исследователей отмечают, что наибольшую сложность представляет выбор входных и выходных параметров. Практические примеры использованных параметров представлены в таблице 8.

---

[272] Кутышкин А. В. Использование непараметрического анализа данных для оценки эффективности муниципальных медицинских учреждений региона / А. В. Кутышкин, О. В. Шульгин // Вестник Южно–Уральского государственного университета. Серия: Компьютерные технологии, управление, радиоэлектроника, 2023, Т. 23. № 1, с. 57–66, DOI 10.14529/ctcr230105.

[273] Федотов Ю. В. Анализ границ производственных возможностей и оценка организационной эффективности в системе здравоохранения Санкт–Петербурга / Ю. В. Федотов, К. П. Яблонский, М. А. Виталюева // Вестник Санкт–Петербургского университета. Менеджмент, 2017, Т. 16, № 4, с. 471–506.

[274] Франц М. В. Результативность расходов на здравоохранение в Республике Башкортостан: оценка на базе подхода DEA / М. В. Франц, М. В. Шмакова // Вестник Алтайской академии экономики и права, 2023, № 10–2, с. 267–273, DOI 10.17513/vaael.3022.

Таблица 8 – Параметры, использованные для оценки эффективности медицинских организаций по методу DEA

Регион	Входные параметры	Выходные параметры
Свердловская область	– обеспеченность койками; – обеспеченность врачами и средним медицинским персоналом; – мощность амбулаторно–поликлинических учреждений; – заболеваемость.	– количество посещений к врачам; –оборот койки; – число выбывших больных.
ХМАО –ЮГРА	– обеспеченность койками; – обеспеченность врачами основных специальностей и кадрами средних медицинских работников; – число посещений врача; – занимаемая площадь в расчете на 1 тыс. населения.	– число пролеченных больных; – оборот койки.
Санкт–Петербург	– среднемесячный размер фонда оплаты труда врачей и среднего медицинского персонала; – объем расходов на материально–технические ценности.	– число пациентов, которым оказана качественная медицинская помощь; – количество случаев отказов в оплате из–за некачественно оказанной медицинской помощи; – объем средств, поступивших за качественно оказанную медицинскую помощь, руб.; – объем средств поступивших за оплату некачественно оказанную медицинскую помощь, руб.
Республика Башкортостан	– число врачей всех специальностей в расчете на 10 тыс. населения; – число больничных коек на 10 тыс. населения; – мощность амбулаторно–поликлинических учреждений в расчете на 10 тыс. населения; – расходы на здравоохранение в расчете на одного жителя (тыс. руб.)	– материнская выживаемость; – младенческая выживаемость; – выживаемость в трудоспособном возрасте; – выживаемость от болезней системы кровообращения; – выживаемость от новообразований.

Источник: составлено автором

Основными преимуществами метода DEA являются возможность оперирования большим количеством неструктурированных входных и выходных параметров, необязательное условие выявления функциональных зависимостей между входными и выходными параметрами на стадии выбора и возможность выделить лучшие практики и оценить изменения параметров, необходимые для перехода неэффективных объектов на границу относительной эффективности.

3. Аудит эффективности

Аудит эффективности (АЭ) – это широко распространенный за рубежом и в России вид аудиторской деятельности в государственном и частном секторах. В отличие от общепринятой сущности аудита, подразумевающей независимую проверку бухгалтерской (финансовой) отчётности аудируемого субъекта в целях

выражения мнения о достоверности отчётности[275], целью аудита эффективности является определение значимого результата от использования имеющихся ресурсов аудируемого субъекта и разработка рекомендаций по совершенствованию организационного и управленческого процесса. В отечественной научной литературе под аудитом эффективности понимается: «системный, целенаправленный и организованный процесс получения и экспертно–аналитической оценки объективных данных о результативности, экономичности и продуктивности экономической деятельности аудируемого субъекта для установления уровня соответствия этих данных определенным критериям с тем, чтобы выразить мнение об эффективности аудируемой деятельности и дать рекомендации, направленные на улучшение эффективности»[276].

Аудит Эффективности был внедрен в деятельность государственных органов власти в начале 2000–х гг. как инструмент контроля за расходованием бюджетных средств и стал активно использоваться уполномоченными органами финансового контроля (Счетная палата РФ, контрольно–счетные органы субъектов РФ). Большую теоретическую и методологическую помощь вышеназванным уполномоченным органам на первоначальном этапе оказали специалисты офиса генерального аудитора Канады (Office ofthe Auditor General of Canada – OAG) и Национального управления аудита Великобритании (National Audit Office – NAO). Благодаря сотрудничеству с зарубежными специалистами в Счетной палате РФ была создана методическая база, необходимая для проведения АЭ. Первым основополагающим документом в этой области стал утвержденные Счетной палатой РФ Стандарт финансового контроля «Проведение аудита эффективности использования государственных средств» СФК 104[277].

Впоследствии вместо Стандарта СФК 104, который относил Аудит эффективности к типу финансового контроля, был утвержден стандарт внешнего

[275] Федеральный закон от 30.12.2008 №307–ФЗ (ред. от 08.08.2024) "Об аудиторской деятельности".
[276] Иванова Е. И. Аудит эффективности в рыночной экономике: учеб. пособие / Е.И. Иванова, М.В. Мельник, В.И. Шлейников; под ред. С.И. Гайдаржи. Москва: Кнорус, 2007, 325с. ISBN 978–5–85971–741–5.
[277] СФК 104. Проведение аудита эффективности использования государственных средств" (утв. Решением Коллегии Счетной палаты РФ, протокол от 09.06.2009 № 31К (668)).

государственного аудита (контроля) СГА 104 «Аудит эффективности»[278], обозначивший Аудит эффективности как вид внешнего государственного аудита. Стандарт СГА 104 разработан с учетом положений профессиональных документов Международной организацией высших органов финансового контроля (ИНТОСАИ) – ISSAI 100 «Основополагающие принципы аудита государственного сектора», ISSAI 300 «Основополагающие принципы аудита достижения результатов», ISSAI 3000 «Стандарт аудита достижения результатов», GUID 3910 «Основные концепции аудита достижения результатов», GUID 3920 «Процесс аудита достижения результатов». Положения СФК 104 и СГА 104 послужили методологической основой для подготовки и проведения тематических экспертно–аналитических и контрольных мероприятий в виде аудита эффективности.

Успешные проекты по внедрению аудита эффективности в сфере здравоохранения включают такие мероприятия, как аудит использования государственных средств на предоставление бесплатной медицинской помощи гражданам Российской Федерации в рамках совместного российско–канадского проекта[279], аудит использования бюджетных средств на лекарственное обеспечение отдельных категорий граждан, аудит эффективности использования медицинского оборудования в рамках совместного проекта с контрольно–счетными органами субъектов России и при поддержке Национального управления аудита Великобритании (NAO) и другие подобные инициативы.

В дополнение к Стандарту СГА 104 Коллегией Счетной палаты Российской Федерации были утверждены методические рекомендации по применению аудита эффективности[280] с детализацией всех стадий организации его проведения (рис.10).

[278]СГА 104. Стандарт внешнего государственного аудита (контроля). Аудит эффективности" (утв. постановлением Коллегии Счетной палаты РФ от 09.02.2021 N 2ПК) (ред. от 06.09.2024).

[279]Логинов Д.А. Развитие теории и практики аудита эффективности бюджетных средств Российской Федерации / Д. А. Логинов, Е. В. Макарова // Вектор экономики, 2020, № 6(48), с. 58.

[280] Методические рекомендации по проведению аудита эффективности. Утверждены Коллегией Счетной палаты Российской Федерации (протокол от 28 сентября 2021 г. № 63К (1506). Режим доступа: https://ach.gov.ru/upload/iblock/787/ex9piya1ev1ym9ak42rvp1ta6e4fzhz2.pdf.

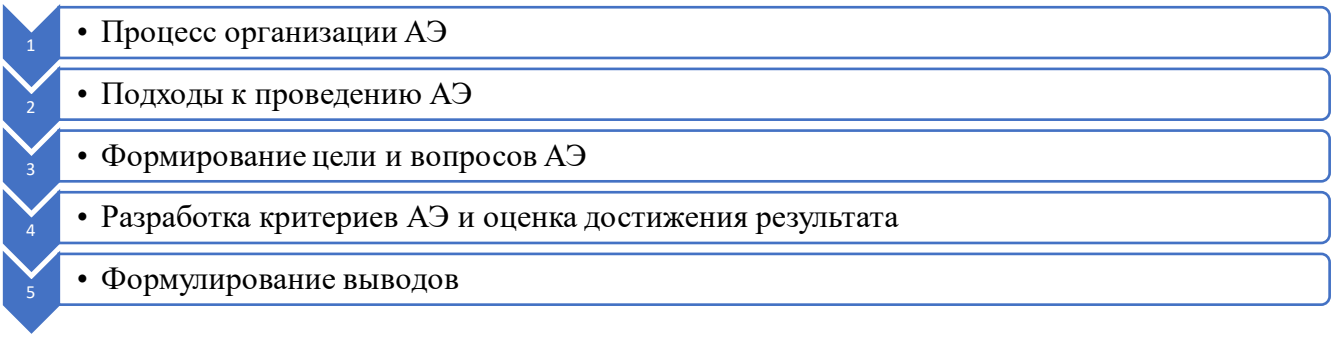


Рис. 10 – Стадии аудита эффективности

Источник: Составлено автором

Сущность эффективности в АЭ заключается в сопоставлении полученных результатов и затрачиваемых ресурсов, вследствие того, что хозяйствующие субъекты (объекты аудита) при осуществлении своей деятельности используют разный объем ресурсов и могут достигать (или не достигать) аналогичных (идентичных) результатов в зависимости от качества управления ресурсами. Эффективность трактуется как «соотношение между достигнутыми результатами и затраченными на их достижение федеральными и иными ресурсами, отражающее экономность и (или) результативность использования этих ресурсов»[281]. Иными словами, эффективность – это соотношение ресурсов и результатов, которое показывает, обосновано ли использование ресурсов достигнутыми результатами.

Процесс организации и проведения АЭ включает 3 этапа: подготовительный, основной и заключительный. Основной и заключительный этапы связаны непосредственно со сбором и анализом фактических данных, формулированием вывода об эффективности и подготовкой отчета по результатам АЭ. Самым ёмким и продолжительным является подготовительный этап, в ходе которого предварительно изучается деятельность объектов АЭ, определяются показатели конечных результатов, формулируются цели и вопросы, разрабатываются критерии оценки по каждому вопросу и методологические подходы к сбору и анализу информации. Иными словами, подготовительный этап – это методологическая база АЭ.

[281] СГА 104. Стандарт внешнего государственного аудита (контроля). Аудит эффективности (утв. постановлением Коллегии Счетной палаты РФ от 09.02.2021 № 2ПК) (ред. от 06.09.2024).

Методология АЭ предусматривает 3 подхода к его проведению (рис.11).

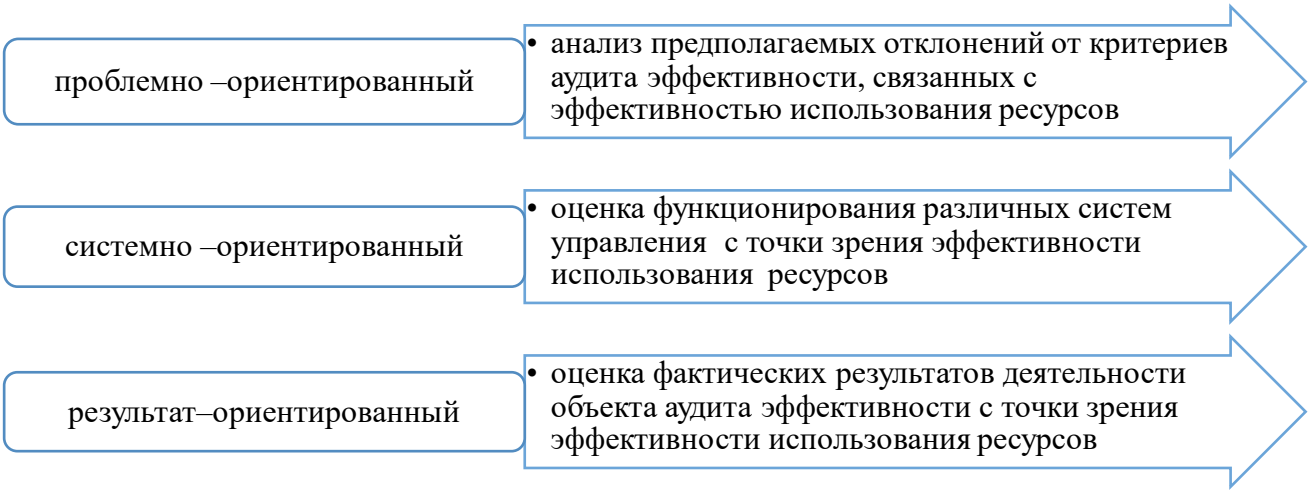


Рис. 11 – Подходы к проведению АЭ

Источник: Составлено автором

Проблемно–ориентированный подход оказывается полезным при изучении вопросов, касающихся эффективности использования ресурсов, поскольку позволяет выявить причины возникающих трудностей и предложить пути их решения. Данный метод применяется в сочетании с двумя другими подходами.

Системно–ориентированный подход, в свою очередь, нацелен на оценку корректной работы систем в контексте эффективного распределения ресурсов, включая анализ всего комплекса мероприятий, составляющих систему управления ресурсами[282]. Например, система мер по обеспечению лиц с ограниченными возможностями техническими средствами реабилитации; система санаторно–курортного обеспечения государственных гражданских служащих и т. п.[283].

Результат–ориентированный подход предполагает оценку фактических результатов деятельности объекта аудита эффективности с точки зрения эффективности использования ресурсов.

---

[282] Эльбек Ю.В. Система показателей для оценки эффективности деятельности медицинских организаций на примере московских поликлиник / Ю. В. Эльбек // Здоровье мегаполиса,2023, Т. 4, № 2, с. 4–14, DOI 10.47619/2713–2617.zm.2023.v.4i2;4–14.

[283] Методические рекомендации по проведению аудита эффективности. Утверждены Коллегией Счетной палаты Российской Федерации (протокол от 28 сентября 2021 г. № 63К (1506). Режим доступа: https://ach.gov.ru/upload/iblock/787/ex9piya1ev1ym9ak42rvp1ta6e4fzhz2.pdf.

Выбор подхода к проведению АЭ позволяет правильно подойти к определению предмета, формулированию цели (целей), вопросов и разработке увязанных с ними критериев.

Стадия «Формирование цели и вопросов» представляет собой один из основных элементов методологии АЭ, где используется такой инструмент визуализации исследования, как «логическое дерево», с помощью которого формируются алгоритм исследования, критерии и показатели[284].

Создание «логического дерева» можно представить в виде последовательности шагов, в соответствии с иерархическим принципом, при котором для получения ответа на главный вопрос АЭ требуется последовательно ответить на вопросы более низких уровней, что позволяет структурировать информацию и выделять ключевые показатели для анализа[285].

При формулировании вопросов АЭ рекомендуется придерживаться следующих основных положений: 1) вопросы не могут быть определены без критериев АЭ; 2) для ответа на один вопрос может быть разработано несколько критериев, но один критерий не может быть связан с несколькими вопросами; 3) вопросы охватывают предусмотренные методологией АЭ аспекты эффективности – экономность и результативность.

Примерная схема «логического дерева» для проведения АЭ медицинских организаций, оказывающих населению первичную медико–санитарную помощь, с целью оценки эффективности использования ресурсов представлена на рис.12.

---

[284] Бударин С. С. Основные принципы организации аудита эффективности использования ресурсов / С. С. Бударин, Ю. В. Эльбек // Вестник Воронежского государственного аграрного университета,2020, Т. 13, № 3(66), с. 174–181, DOI 10.17238/issn2071–2243.2020.3.174.

[285] там же

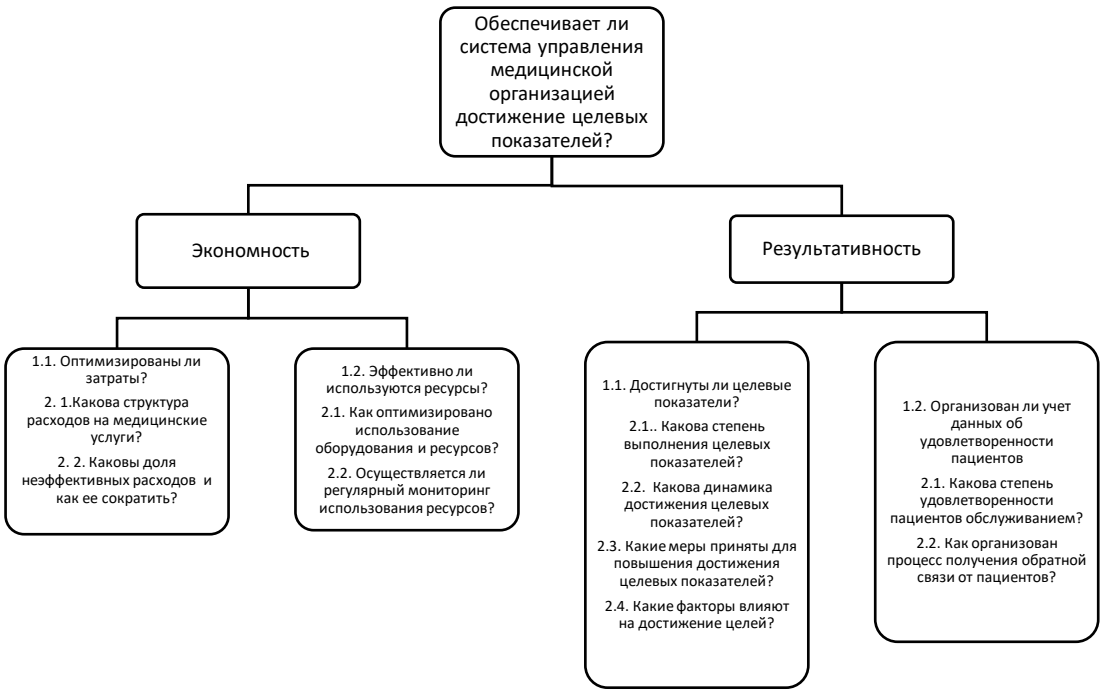


Рис. 12 – Схема формирования логического дерева для АЭ
Источник: Составлено автором

Представленная структура позволяет систематизировать подход к АЭ, обеспечивая глубинный анализ как экономических, так и результативных аспектов деятельности медицинской организации. Вопросы помогут определить проблемные области и возможности для улучшения.

Для ответа на ключевой вопрос АЭ «Обеспечивает ли система управления медицинской организации достижение целевых оценочных показателей?» формулируются вопросы первого и второго уровня в разрезе аспектов экономности и результативности. Экономность оценивается с точки зрения оптимального и эффективного использования ресурсов. Результативность используемых ресурсов оценивается в двух проекциях: достижение целевых показателей и удовлетворенность пациентов. В зависимости от конкретной задачи могут быть сформулированы вопросы третьего, четвертого и др. уровней. Ориентировочный перечень вопросов третьего и четвёртого уровня на примере оценки эффективности управления кадровыми ресурсами по направлению экономность представлен в таблице 9. Вопросы 1.1–1.3 позволяют выбрать показатели, которые характеризуют качество подготовки штатного расписания, его структуру и подбор кадров в

медицинской организации в соответствии с потребностями населения в оказании медицинской помощи. Вопросы 2.1–2.4 позволяют выбрать показатели, которые характеризуют качество организации мероприятий, способствующих привлечению молодых специалистов и профессиональному росту медицинского персонала[286].

Таблица 9 – Примерный перечень вопросов 3 и 4 уровней для оценки эффективности кадровых ресурсов[287]

Вопросы 3–го уровня	Вопросы 4–го уровня
1. Выполнены ли условия по формированию кадрового состава?	1.1. Обеспечена ли занятость штатными должностями ?
	1.2. Соблюдаются ли условия совместительства?
	1.3. Обеспечивается ли допустимый уровень текучести кадров?
2. Приняты ли меры для обеспечения повышения квалификации медицинских работников?	2.1. Организована ли система непрерывного образования?
	2.2. Созданы ли достаточные условия для мотивации персонала повышать профессиональные компетенции?
	2.3. Соответствует ли доля врачей, имеющих категории, оптимальным значениям?

Источник: составлено автором

Представленное логическое дерево позволяет систематизировать процесс анализа эффективности использования ресурсов в медицинских организациях. Каждый уровень может быть расширен и детализирован в зависимости от специфики учреждения и конкретных задач анализа.

Существенное условие методологии АЭ заключается в том, что формулирование вопросов, по которым не могут быть разработаны критерии АЭ, не допускается. Разработка критериев осуществляется на 4–й стадии процесса организации и проведения АЭ с учетом требований уместности, полноты, надежности, нейтральности и понятности после определения конечных результатов и (или) итоговых эффектов, которые выражаются в показателях государственных программ РФ и федеральных проектов, показателях,

[286] Бударин С. С. Основные принципы организации аудита эффективности использования ресурсов / С. С. Бударин, Ю. В. Эльбек // Вестник Воронежского государственного аграрного университета, 2020, Т. 13, № 3(66), с. 174–181, DOI 10.17238/issn2071–2243.2020.3.174.

[287] там же

характеризующих результаты оказания услуг (выполнение работ) в рамках государственного задания и т.п.

СГА 104 определяет следующие базовые критерии (рис.13):

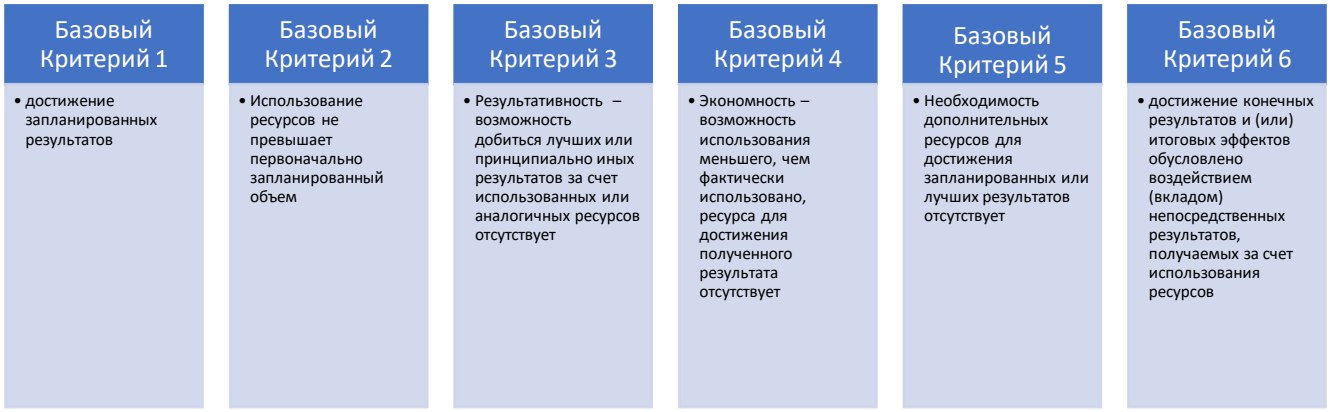


Рис. 13 – Базовые критерии АЭ

Источник: Составлено автором

На основе базовых критериев в зависимости от специфики объекта АЭ и выбранной цели разрабатываются критерии АЭ. Для оценки выполнения критериев АЭ выбираются соответствующие показатели, которые условно можно разделить на три группы: финансовые, нефинансовые и эвристические. Примеры показателей для МО представлены на рис. 14

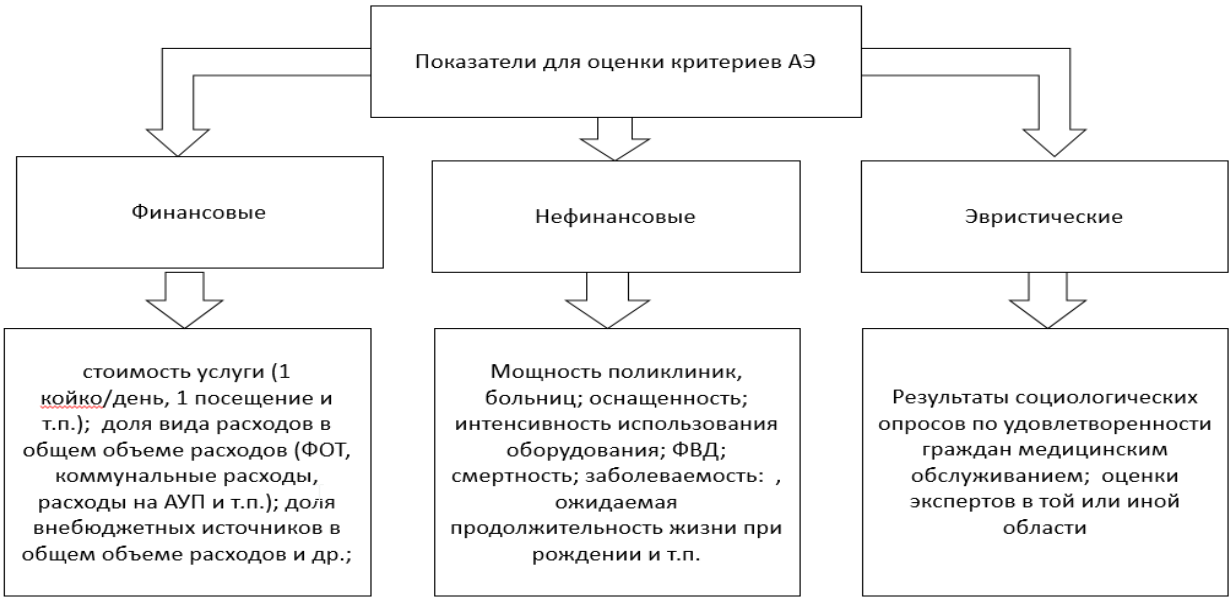


Рис. 14 – Примерный перечень показателей оценки критериев АЭ

Источник: Составлено автором

Независимая оценка, полученная на основе социологического опроса медицинского персонала или населения, имеет большое значение, поскольку позволяет скорректировать выводы, сделанные на основе анализа значений оценочных показателей по каждому из направлений (экономность и результативность), что повышает объективность выводов, сделанных по результатам проведения аудита[288].

На основном этапе АЭ проводится оценка эффективности объекта аудита путем сравнения фактических данных с критериями АЭ на основе оценки достижения запланированных результатов и использования ресурсов, а также оценки альтернативных ресурсов и /или методов использования ресурсов, оценки необходимости дополнительных ресурсов для достижения запланированных или лучших результатов, оценки влияния достижения непосредственных результатов на достижение конечных результатов и (или) итоговых эффектов с учетом внутренних и внешних условий.

При анализе альтернативных ресурсов рассматривается возможность уменьшения объема задействованных ресурсов за счет внедрения альтернативных решений, при этом не нанося ущерба достижению результатов. Например, применение более дешевых способов лечения, дженериков, современных инновационных технологий и т.д. Выбор и распределение ресурсов, выбор альтернативного метода использования ресурсов рассматриваются одновременно и во взаимосвязи друг с другом. В указанном контексте рассматривается оптимальность соотношения ресурсов (например, трудовых, финансовых, материальных ресурсов), их взаимосвязь (преобразование одних ресурсов в другие), доступность, качество и своевременность получения ресурсов для достижения результатов. В рамках оценки альтернативных решений по использованию ресурсов акцентируется внимание на фактах переплаты за пользование ресурсами при отсутствии такой необходимости.

[288] Бударин С. С. Основные принципы организации аудита эффективности использования ресурсов / С. С. Бударин, Ю. В. Эльбек // Вестник Воронежского государственного аграрного университета, 2020, Т. 13, № 3(66), с. 174–181, DOI 10.17238/issn2071–2243.2020.3.174.

При оценке необходимости дополнительных ресурсов для достижения заявленных результатов рассматривается достаточность и обеспеченность ресурсами, а также потребность в дополнительных объемах ресурсов для достижения запланированных результатов.

При проведении указанных оценок необходимо проводить сравнение результатов в динамике и с другими аналогичными организациями, сравнение процесса до и после принятия того или иного управленческого решения. Кроме того, целесообразным считается учет зарубежного опыта.

При сравнении фактически полученных данных с критериями АЭ могут оцениваться такие характеристики результатов, ресурсов, как:

«– релевантность (актуальность) результатов – то есть в какой степени непосредственные, конечные результаты, итоговые эффекты актуальны для удовлетворения потребностей, интересов и целей выгодоприобретателей, сохраняется ли соответствие приоритетам при изменении обстоятельств (гибкость и актуализация деятельности объектов аудита (контроля) в части адаптации к существенным изменениям внешней среды);

– обоснованность (доказательность) запланированных результатов и ресурсов – то есть в какой степени и каким образом обоснованы достижение запланированных результатов и использование ресурсов, включая описание причин выбранных подходов к обоснованиям, описание предположений, источников данных, результатов анализа, иных способов проверки и подтверждения обоснований (доказательств);

– согласованность деятельности объектов аудита эффективности между собой и (или) с деятельностью иных органов, организаций, включая уровень комплексности и взаимной непротиворечивости (взаимодополняемости), скоординированности и сотрудничества;

– охват (масштаб) результатов – то есть степень распространенности непосредственных и конечных результатов, итоговых эффектов с точки зрения территориального охвата, охвата групп выгодоприобретателей и т.д.;

– устойчивость результатов – то есть степень, в которой достигнутые непосредственные, конечные результаты и итоговые эффекты длятся или, как ожидается, будут длиться в долгосрочном периоде (оценка финансового, экономического, социального, экологического и институционального потенциала устойчивости соответствующих результатов, необходимого для поддержания и сохранения достигнутых положительных преобразований с течением времени)»[289].

Вывод об эффективности использования ресурсов, т.е. эффективности объекта аудита эффективности делается на основании выявленных расхождений между заявленными показателями и фактическими данными. При этом, для общей оценки эффективности используется матричный метод, позволяющий комплексно учесть все критерии, так как даже при достижении заявленного результата возможны факты неэффективного использования ресурсов и наоборот (рис. 15). В случае выявления фактов неэффективного использования ресурсов могут быть сформулированы выводы о наличии проблем в следующих процессах: планирование ресурсов; распределение ресурсов (по получателям таких ресурсов); контроль за использованием ресурсов; мотивация персонала и т. д.

		Эффективность	
		низкая	высокая
Результат	достигнут	Результат достигнут за счет лишком большого объема ресурсов	Результат достигнут при оптимальном использовании ресурсов
	не достигнут	Ресурсов использовано больше, чем предусмотрено, но результат не достигнут	Результат не достигнут из–за отсутствия необходимого количества ресурсов, хотя имеющиеся ресурсы использованы максимально рационально

Рис. 15 – Матрица оценки эффективности объекта АЭ

Источник: Методические рекомендации по проведению аудита эффективности [290]

[289] Методические рекомендации по проведению аудита эффективности. Утверждены Коллегией Счетной палаты Российской Федерации (протокол от 28 сентября 2021 г. № 63К (1506). Режим доступа: https://ach.gov.ru/upload/iblock/787/ex9piya1ev1ym9ak42rvp1ta6e4fzhz2.pdf.

[290] Методические рекомендации по проведению аудита эффективности. Утверждены Коллегией Счетной палаты Российской Федерации (протокол от 28 сентября 2021 г. № 63К (1506). Режим доступа: https://ach.gov.ru/upload/iblock/787/ex9piya1ev1ym9ak42rvp1ta6e4fzhz2.pdf.

Результатом АЭ является мнение аудитора, содержащее вывод об эффективности деятельности, а также предложения по улучшению эффективности, связанные с мероприятиями по совершенствованию лечебно–диагностического процесса, принятия управленческих решений, рационального расходования денежных средств и т.д.

Универсальность методологии позволяет применить основные принципы организации АЭ для оценки эффективности бюджетных учреждений в разных проекциях независимо от их профиля и сферы деятельности.[291]

В любом из существующих подходов к оценке эффективности основным элементом и, как показывает изучение опыта российских и зарубежных исследователей камнем преткновения, является выбор и обоснование показателей.

2.2. Аргументация выбора показателей для построения рейтинга эффективности медицинских организаций, оказывающих первичную медико–санитарную помощь

После анализа методологии составления зарубежных и отечественных рейтингов в сфере здравоохранения, изложенного в п 1.1 и 1.2 и научно–обоснованных подходов к оценке эффективности МО, описанных в п.2.1, необходимо определить подходы к выбору показателей для оценки эффективности МО, а также вычленить содержание и наполнение таких показателей.

Многие специалисты считают, что наличие базовой системы показателей для оценки эффективности, используемой для рейтинга медицинских организаций, является эффективной мерой, способствующей улучшению качества как медицинской помощи, так и процессов её организации [292],[293].

---

[291] Бударин С. С. Основные принципы организации аудита эффективности использования ресурсов / С. С. Бударин, Ю. В. Эльбек // Вестник Воронежского государственного аграрного университета, 2020, Т. 13, № 3(66), с. 174–181, DOI 10.17238/issn2071–2243.2020.3.174.

[292] Курнакина, Н. В. Методика комплексной оценки эффективности деятельности медицинской организации за год / Н. В. Курнакина // Инновации и инвестиции, 2017, № 2, с. 137–140.

[293] Улумбекова Г.Э. Показатели для оценки деятельности медицинских организаций: международный опыт / Г. Э. Улумбекова, А. В. Мокляченко // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучения. Вестник ВШОУЗ, 2017, № 3(9), с. 23–34.

При оценке эффективности деятельности МО акцентируется внимание на значимости контроля взаимосвязи между достигнутыми результатами и финансовыми вложениями, направленными на их функционирование. Специалисты отмечают, что в большинстве стран недостаточно осуществляется мониторинг соотношения между объемом распределяемых финансовых ресурсов и достижением одного из ключевых результатов, характеризующих функционирование системы здравоохранения, а именно сохранением здоровья населения[294].

Исследования, постоянно проводимые в данной области, способствовали разработке и внедрению нового подхода к формированию процессов организации медицинской помощи и оценке достижений в сфере здравоохранения, который получил название ценностноориентированной модели здравоохранения (ЦОМЗ). Данная концепция, внедрение которой активно осуществляется в Москве, предполагает необходимую согласованность запланированных целей, имеющих значение для человека, с доступными ресурсами. В таких условиях задача оценки эффективности деятельности медицинских организаций приобретает особую актуальность, учитывая, что условия оплаты медицинской помощи в рамках системы обязательного медицинского страхования предполагают дополнительное увеличение финансового обеспечения организаций, демонстрирующих высокую эффективность по заранее определенным показателям[295].

Однако на сегодняшний день отсутствует универсальный общепризнанный методологический подход к оценке эффективности деятельности медицинских организаций и утвержденный набор показателей для этой цели. Эта проблема признается научным сообществом одной из основополагающих проблем

[294] Мусина Н.З. и др. Концепция ценностно ориентированного здравоохранения // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология, 2020, Т. 13, № 4, с. 438–451, DOI: 10.17749/2070–4909/farmakoekonomika.2020.042

[295] Бударин С.С., Ватолин Д. О. Об отдельных вопросах практического применения рейтингования медицинских организаций // ЭТАП: экономическая теория, анализ, практика, 2022, № 5, с. 83– 97, DOI: 10.24412/2071–6435–2022–5–83–97.

успешного развития отрасли. О чем упоминают такие авторы, как А.Л. Линденбратен[296], Т.А. Сибурина[297], Г.Э. Улумбекова[298], С.С. Бударин[299].

Известно, что для оценки деятельности МО используются клинические и неклинические показатели или их совокупность. Клинические показатели включают данные о состоянии здоровья пациентов, уровнях смертности и летальности, продолжительности пребывания в стационаре, показателях повторной госпитализации и другие параметры, непосредственно связанные с медицинским обслуживанием. Неклинические показатели охватывают аспекты комфорта, доступности и приветливости медицинского персонала, степени оснащенности медицинской техникой и условиями пребывания пациентов в медицинских учреждениях[300].

В современном здравоохранении оценка эффективности медицинских организаций играет ключевую роль в улучшении качества предоставляемых услуг и оптимизации затрат. Различные страны применяют свои подходы к оценке, используя разнообразные наборы показателей.

Так, например в Канаде, Нидерландах и Дании используют комплексный подход к оценке деятельности больничных учреждений на национальном уровне и применяют около 50 показателей, которые охватывают широкий спектр параметров, начиная от клинических исходов и заканчивая качеством обслуживания пациентов[301]. Эти показатели позволяют оценить эффективность

---

[296] Линденбратен А. Л. Методические подходы к оценке качества организации медицинской помощи / А. Л. Линденбратен // Здравоохранение, 2015, № 1, с. 74–79.

[297] Сибурина Т.А., Бадаев Ф. И. Повышение качества и эффективности медицинской помощи в свете современных подходов к управлению // Менеджер здравоохранения, 2006, № 1.

[298] Улумбекова Г.Э. Показатели для оценки деятельности медицинских организаций: международный опыт / Г. Э. Улумбекова, А. В. Мокляченко // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучения. Вестник ВШОУЗ, 2017, № 3(9), с. 23–34.

[299] Бударин, С. С. Вопросы выбора оценочных показателей деятельности медицинских организаций / С. С. Бударин // Труды Научно–исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента: Сборник научных трудов / Под общей редакцией Е.И. Аксеновой. Выпуск 4 (14). Москва: Государственное бюджетное учреждение города Москвы "Научно–исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы", 2022, с. 147–153.

[300] Татарников М.А. Методологические проблемы формирования системы показателей эффективности деятельности медицинских организаций / М.А. Татарников // Медицинская статистика и оргметодработа в учреждениях здравоохранения. Режим доступа: https://xn——7sbbahcmgafaski8a2afibqaixke4dxd.xn—p1ai/publ/medicinskaja_statistika/metodologicheskie_problemy_formirovanija_sistemy_pokazatelej_ehffektivnosti_dejatelnosti_medicinskikh_organizacij/28–1–0–423.

[301] Улумбекова Г.Э. Показатели для оценки деятельности медицинских организаций: международный опыт / Г. Э. Улумбекова, А. В. Мокляченко // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучения. Вестник ВШОУЗ, 2017, № 3(9), с. 23–34.

работы медицинских учреждений, выявить области, требующие улучшения, и обеспечить прозрачность в системе здравоохранения.

Германия использует значительно большее количество показателей – около 100[302].Такой детализированный подход позволяет более точно оценивать работу МО и выявлять специфические проблемы в разных аспектах их функционирования. Этот метод дает возможность проводить глубокий анализ и принимать обоснованные управленческие решения

Российские исследователи отмечают, что в сфере здравоохранения преимущества отдаются применению показателей, которые отражают качество медицинской помощи и экономические результаты[303].

Выбор показателей для оценки эффективности сопряжен с рядом сложностей. В первую очередь речь о сложности учета воздействующих на деятельность МО факторов: внешних и внутренних, медицинских и немедицинских из–за недостаточной изученности влияния указанных факторов на состояние здоровья населения, продолжительность жизни и непосредственно на показатели деятельности МО[304],[305].

Некоторые специалисты (Д.Ш. Вайсман, А.А. Татарников, И.М. Сон и др.)[306],[307] указывают на ряд недостатков текущей системы статистических показателей, применяемых для оценки деятельности МО. Одним из основных

---

[302] там же

[303] Бударин С. С. Вопросы выбора оценочных показателей деятельности медицинских организаций / С. С. Бударин // Труды Научно–исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента: Сборник научных трудов / Под общей редакцией Е.И. Аксеновой. Выпуск 4 (14). Москва: Государственное бюджетное учреждение города Москвы "Научно–исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы", 2022, с. 147–153.

[304] Богатова И.В. Организационно–методические подходы к оценке эффективности первичной медико–санитарной помощи / И. В. Богатова // Забайкальский медицинский вестник, 2013, № 2, с. 182–192.

[305] Организационно–методические подходы к оценке эффективности медицинских организаций, оказывающих первичную медико–санитарную помощь / Г. А. Степушкина, И. Т. Русев, М. Г. Карайланов [и др.] // Современные научные и образовательные стратегии в общественном здоровье: Российская научно–практическая конференция, Санкт–Петербург, 16–17 марта 2018 года. Санкт–Петербург: Военно–медицинская академия имени С.М.Кирова, 2018, с. 165–176.

[306] Татарников М.А. Методологические проблемы формирования системы показателей эффективности деятельности медицинских организаций / М.А. Татарников // Медицинская статистика и оргметодработа в учреждениях здравоохранения. Режим доступа: https://xn——7sbbahcmgafaski8a2afibqaixke4dxd.xn—p1ai/publ/medicinskaja_statistika/metodologicheskie_problemy_formirovanija_sistemy_pokazatelej_ehffektivnosti_dejatelnosti_medicinskikh_organizacij/28–1–0–423.

[307] Богатова И.В. Организационно–методические подходы к оценке эффективности первичной медико–санитарной помощи / И. В. Богатова // Забайкальский медицинский вестник, 2013, № 2, с. 182–192.

критических замечаний является то, что эти показатели не всегда адекватно отражают реальную ситуацию в здравоохранении. Из–за большого объема показателей становится сложно провести комплексную оценку и системный анализ, что снижает точность выводов и рекомендаций.

Кроме того, выбор показателей эффективности и оценка их значимости осложняются отсутствием утвержденных на законодательном уровне критериев использования ресурсов медицинских организаций для этих целей, а также влиянием субъективных оценок экспертов. Таким образом, поиск действенных показателей и инструментов оценки остается постоянным и актуальным процессом, который продолжается в настоящее время.

При большой вариативности подходов к формированию набора показателей эффективности МО, представленных в научно–теоретических исследованиях, многие авторы считают, что для выбора действенного подхода к оценке эффективности нужно четко определить цели и показатели их достижения. Для этого целесообразно использовать технологию SMART, которая помогает ставить конкретные, измеримые и достижимые цели и способствует более точному определению целей и показателей их достижения, однако требует тщательной проработки для минимизации рисков избыточности и сложностей в обработке данных[308],[309].

Технология SMART (Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time–bound – конкретная, измеримая, достижимая, релевантная, ограниченная во времени) возникла как методология постановки целей и управления проектами. Она была разработана в середине XX века, когда организации начали искать эффективные способы планирования и достижения результатов.

Эта методика широко применяется в различных сферах экономической деятельности, но особенно полезна там, где важно структурированное планирование и управление процессами. Применение SMART практически

---

[308] SMART – технология постановки целей для их успешного достижения // Мотивация жизни. Режим доступа: https://lifemotivation.online/razvitie–lichnosti/lichnostnyj–rost/smart–tehnologiya–postanovki–tselej.

[309] Сулимова Е. А. Проблемы построения целей с помощью метода SMART и возможные пути их решения в современном обществе и организации / Е. А. Сулимова, Е. Е. Шарафутдинова, Н. О. Конышева // Инновации и инвестиции, 2019, № 8, с. 227–229.

гарантирует достижение необходимого результата благодаря конкретике в каждой детали формулирования цели, но во избежание сложностей со сбором и обработкой первичных данных рекомендуемое количество показателей не должно превышать 20–25. В случае оправданной необходимости использования большего числа показателей следует применять процедуры агрегирования и последующего оценивания показателей для принятия окончательного решения по набору показателей.

В сфере здравоохранения SMART активно используется для улучшения качества медицинских услуг, повышения эффективности деятельности и внедрения инноваций.

На начальном этапе формирования показателей с помощью SMART применяется эвристический подход, который предполагает использование интуиции, опыта и творческого мышления для решения задач, когда невозможно применить строгие алгоритмы или формальные методы. В контексте формирования показателей для оценки эффективности медицинской организации, этот подход позволяет учитывать широкий спектр факторов, влияющих на работу учреждения, и создавать первоначальный набор показателей, которые могут включать в себя различные аспекты деятельности.

Однако такой набор показателей может оказаться избыточным и содержать большое количество дублирующих или несущественных показателей. Поэтому для оптимизации процесса анализа и принятия решений вводится принцип приоритетности. Этот принцип подразумевает ранжирование показателей по степени их важности и влияния на конечные результаты работы МО.

Приоритизация может проводиться различными методами, такими как экспертная оценка, анализ корреляций между показателями и результатами, применение многофакторных моделей оценки эффективности и другие подходы. В результате формируется сокращенный перечень ключевых показателей, которые позволяют наиболее точно оценивать эффективность и качество работы МО.

Таким образом, сочетание эвристического подхода на начальном этапе с последующим применением принципа приоритетности обеспечивает

сбалансированный и обоснованный выбор показателей для мониторинга и управления деятельностью медицинской организации.

Например, к показателям эффективности МО, которые можно установить в формате SMART, относятся доступность медицинской помощи и удовлетворённость пациентов. К показателям доступности относятся, например, ежегодно утверждаемые программой государственных гарантий:

– сроки ожидания медицинской помощи с момента обращения пациента в медицинскую организацию не должны превышать: 2 часов при оказании ПМСП в неотложной форме; 24 часов при ожидании приема врачами–терапевтами участковыми (врачами общей практики, врачами–педиатрами участковыми); 14 календарных дней при ожидании консультаций врачей–специалистов;

– сроки ожидания медицинской помощи со дня назначения не должны превышать: 14 календарных дней для проведения диагностических инструментальных (рентгенографические исследования, включая маммографию, функциональная диагностика, ультразвуковые исследования) и лабораторных исследований при оказании первичной медико–санитарной; 30 календарных дней, а для пациентов с онкологическими заболеваниями – 14 календарных дней для проведения компьютерной томографии (включая однофотонную эмиссионную компьютерную томографию), магнитно–резонансной томографии и ангиографии при оказании ПМСП;

– время доезда до пациента бригад скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме не должно превышать 20 минут с момента ее вызова.

Наиболее известными и часто используемыми в мировой практике показателями удовлетворённости пациентов являются индекс потребительской лояльности – NPS, Net Promoter Score, который измеряет готовность пациентов рекомендовать МО своим друзьям и знакомым, и индекс удовлетворённости пациентов – CSAT, Customer Satisfaction Score, который показывает, насколько пациенты довольны работой МО и её услугами.

Другим важным методологическим подходом к выбору показателей эффективности МО, применяемым в различных странах и регионах Российской Федерации[310], является использование принципов модели Донабедиана[311].

Модель Донабедиана, часто именуемая «Триада Донабедиана» – это концептуальная модель, признанная как всеобъемлющая структура оценки качества медицинского обслуживания, состоящая из трех компонентов: структура, процесс и исходы (рис.16)[312].



Рис. 16 – Сущность модели Донабедиана

Источник: Составлено автором

При оценке качества медицинской помощи с помощью триады Донабедиана учитываются ресурсный, процессный (соответствие лечебно–диагностических процедур установленным стандартам) и результирующий (социальная и экономическая эффективность) аспекты. Эффективность представляет собой относительный показатель результативности, так как она определяется

---

[310] Основные принципы построения системы критериев и показателей для оценки качества и эффективности медицинской деятельности / А. Л. Линденбратен, Н. К. Гришина, С. М. Сердюковский [и др.] // Бюллетень Национального научно–исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко, 2020, № 2, с. 30–35.

[311] Donabedian A. The Criteria and Standards of Quality. Michigan: Health Administration Press; 1982. 504 p

[312] Ушаков Е. В. Проблемы управления качеством медицинского обслуживания: от модели Донабедиана к современным подходам / Е. В. Ушаков // Научные труды Северо–Западного института управления РАНХиГС, 2013, Т. 4, № 4(11), с. 111–119.

посредством сопоставления абсолютных значений достигнутого результата (эффекта) и понесенных затрат (ресурсов). Это позволяет применять модель Донабедиана в сфере здравоохранения не только для оценки качества медицинской помощи, но и для анализа эффективности работы медицинских организаций. Для оценки эффективности МО используется система показателей, в которой показатели сгруппированы в соответствии с принципами модели Донабедиана:

1. *Структурные показатели* – характеризуют ресурсные аспекты медицинских организаций, такие как наличие необходимого оборудования, квалификация медицинского персонала и организационная структура.

Например, в Германии для оценки структурных показателей используются аккредитационные программы, такие как аккредитация по стандартам DIN EN ISO 9001[313]. В Москве в рамках оценки эффективности работы городских поликлиник применяются такие структурные показатели, как доступность инновационного оборудования и количество врачей на 10 тыс. населения. Это позволяет выявить нехватку ресурсов и улучшить управление здравоохранением.

2. *Процессные показатели* касаются действий и мероприятий, проводимых в рамках медицинского обслуживания, включая диагностические процедуры, лечение и взаимодействие с пациентами.

Например, в США в рамках системы Medicare для оценки качества медицинских услуг активно используются такие показатели, как соблюдение клинических рекомендаций и стандарты ухода, а показатель выполнения профилактических обследований позволяет органам управления здравоохранением отслеживать соответствие действий медицинских организаций установленным протоколам[314]. В РФ используются показатели для оценки адекватности назначенного лечения в клинических ситуациях и/или выполнения медицинских манипуляций в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории РФ всеми медицинскими

---

[313] Российский институт стандартизации. Каталог DIN — национальные стандарты Германии. Режим доступа:https://www.gostinfo.ru/catalog/Details/?id=4035364.

[314]Centers for Medicare & Medicaid Services. “Quality Measures”. Режим доступа:https://www.nber.org/research/data/centers–medicare–medicaid–services–cms–hospital–compare–data.

организациями, на основе клинических рекомендаций, а также с учетом стандартов медицинской помощи. Как правило, это число дефектов обследования, диагностики, лечения. В сестринской практике в последнее время активно разрабатываются и внедряются стандарты операционных процедур (СОП), представляющие собой документально оформленный набор инструкций или пошаговых действий, которые нужно осуществить, чтобы выполнить какую–либо работу. Если у персонала нет чётких инструкций, он чаще допускает профессиональные ошибки, что может угрожать жизни и здоровью пациентов.

В Санкт–Петербурге медицинские организации применяют такие процессные показатели, как время ожидания в очереди на прием к врачу и количество проведенных профилактических осмотров. Это помогает улучшить документооборот и повысить уровень взаимодействия с пациентами[315].

3. *Результативные показатели* отражают исходы медицинского вмешательства и общий эффект от оказания медицинских услуг, включая выздоровление пациентов и улучшение их качества жизни. Они характеризуют выполнение поставленных задач и достижение намеченных целей на каждом этапе оказания медицинской помощи и необходимы непосредственно для оценки эффективности.

Например, в Национальной службе здравоохранения Великобритании (NHS) используется множество результативных показателей, помогающих оценить эффективность лечения и общее состояние здоровья населения[316]. В некоторых регионах России, например, в Татарстане, активно используются результаты опросов удовлетворенности пациентов и уровень выздоровления по основным заболеваниям в качестве ключевых показателей эффективности. Это позволяет создать более ориентированную на пациента систему здравоохранения и улучшить доступ к качественной медицинской помощи[317].

---

[315] Комитет по здравоохранению Санкт–Петербурга, отчет о выполнении целевых показателей 2022 года.
[316] NHS England. “Statistics on NHS Outcomes Framework”. Режим доступа: https://www.england.nhs.uk/?s=Statistics+on+NHS+Outcomes+Framework.
[317] Министерство здравоохранения Республики Татарстан, 2022. Режим доступа: https://minzdrav.tatarstan.ru/.

Чтобы эффективно сформировать систему показателей для оценки деятельности МО, необходимо обратить внимание на лучшие практики и успешно зарекомендовавшие себя подходы прямо или косвенно основанные на ключевых показателях эффективности – KPI (Key Performance Indicators), которые, являются составной частью ССП.

KPI представляют собой количественные и качественные показатели, которые позволяют оценивать и отслеживать достижения хозяйствующих субъектов в различных областях. В сфере здравоохранения эти показатели часто включают в себя параметры, касающиеся качества обслуживания, доступности медицинских услуг и удовлетворенности пациентов. Разработка и внедрение KPI в медицинских организациях осуществляется через многоуровневый процесс, включая определение целей и выбор адекватных показателей. В различных странах накоплен успешный опыт внедрения KPI в сферу здравоохранения, а в таких странах, как США, Китай, Сингапур, Скандинавские страны и другие, концепция KPI стала неотъемлемой частью национальной идеологии [318].

В США концепция KPI активно используется в здравоохранении на различных уровнях – от частных клиник до крупных государственных программ. Примеры KPI в США включают уровень повторной госпитализации, время ожидания на прием и процент выполнения рекомендованных профилактических обследований. В Великобритании NHS применяет подходы к оценке эффективности, основанные на KPI, через систему «Quality and Outcomes Framework» (QOF). Эта система включает в себя более 130 показателей, охватывающих различные области, такие как лечение хронических заболеваний, профилактика и удовлетворенность пациентов. QOF позволяет NHS систематически собирать данные, анализировать их и выявлять области для улучшения, что критически важно для повышения общей эффективности системы здравоохранения. В Германии подход к управлению качеством медицинской

[318] Леванов В.М., Перевезенцев Е.А., Гарин Л.Ю. Управление медицинской организацией на основе системы ключевых показателей эффективности (kpi) (обзор) // Медицинский альманах. 2018. №5 (56). Режим доступа: https://cyberleninka.ru/article/n/upravlenie–meditsinskoy–organizatsiey–na–osnove–sistemy–klyuchevyh–pokazateley–effektivnosti–kpi–obzor.

помощи основан на системе «Qualitätsmanagement», которая включает в себя использование KPI для оценки соответствия стандартам оказания медицинской помощи. Основные показатели включают время ожидания, уровень удовлетворенности пациентов и процент успешности клинических процедур. Стоит отметить, что в Германии акцент ставится на вовлеченность медицинского персонала в процесс разработки и внедрения KPI, что способствует улучшению мотивации и качества работы.

В отечественном здравоохранении KPI первыми освоили частные клиники, а затем более активно ими начали пользоваться и государственные учреждения. Одним из примеров является использование KPI в Ивановской области, где на систему KPI переведены все 50 главных врачей ЛПУ. В качестве KPI фигурируют: рациональное использование койко–дней в больнице, данные по смертности пациентов, число принятых больных и показатель удовлетворённости пациентов лечением[319].

В 2022 году Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи (ЦЭККМП) Минздрава России занялся созданием прикладной системы критериев оценки организации медицинской помощи[320]. На первом этапе систему создали для четырёх профилей медицинской помощи –педиатрии, офтальмологии, эндокринологии (сахарный диабет) и сердечно–сосудистой хирургии. В зависимости от профиля, полные перечни критериев состоят из 13–25 пунктов. В их числе – показатели работы на стационарном уровне (операционная активность, осложнения, занятость коек) и амбулаторном уровне (диспансерный охват, обеспеченность медицинскими изделиями и лекарствами) этапах. К общим позициям можно отнести заболеваемость (выявляемость) на уровне региона, количество профильных коек и смертность.

Однако использование KPI требует высокой квалификации и опыта специалистов, внедряющих эту систему в медицинских организациях, так как

---

[319] KPI без фанатизма: применим ли этот метод оценки эффективности в медицине. Режим доступа: https://www.vshouz.ru/news/analitika/wcs–2323/.

[320] KPI как просто. Зачем Минздраву новые инструменты аудита региональной медицины. Режим доступа: https://vademec.ru/article/kpi_kak_prosto– _zachem_minzdravu_novye_instrumenty_audita_regionalnoy_meditsiny/.

требуется строгая регламентация при выборе показателей и определении их весовых коэффициентов[321]. При внедрении KPI в здравоохранении важна аккуратная работа с данными: они должны быть корректно ранжированы, критерии выбраны правильно, а полученная информация интерпретирована верно.

Выбор показателей для оценки эффективности медицинских организаций – это сложный и многогранный процесс. Понимание того, какие показатели являются наиболее значимыми, позволяет точнее ориентироваться на потребности пациентов и обстоятельства, с которыми сталкиваются медицинские организации. Использование научно обоснованных принципов, систематизация международного и отечественного опыта позволили сформулировать следующие ключевые критерии (табл.10) и принципы (рис. 17) выбора показателей для оценки эффективности МО:

Таблица 10 – Ключевые критерии выбора показателей для оценки эффективности МО

Критерий выбора	Область оценки	Примерные показатели
Связь с клиническими результатами	Показатели состояния здоровья и выздоровления	уровень заболеваемости и смертности по ключевым заболеваниям
Качество оказания медицинских услуг	Стандарты, клинические рекомендации, порядок оказания медицинской помощи	соблюдение клинических протоколов диагностики и лечения
Клиентоцентричность (пациентоориентированность)	Доступность, качество общения с медицинским персоналом и комфорт	CSI (индекс удовлетворенности клиентов), PROM, PREM
Экономическая эффективность	Затраты и ресурсы	расходы на одно посещение (случай), стоимость одного пациента
Доступность медицинских услуг	Доступность приема врачей 1–и 2 уровня и диагностических процедур	время ожидания приема, госпитализации, диагностических процедур
Безопасность пациентов	Медицинские ошибки, негативные исходы	показатели предотвращения медицинских ошибок и негативных исходов

Источник: составлено автором

[321] Эльбек Ю.В. Система показателей для оценки эффективности деятельности медицинских организаций на примере московских поликлиник / Ю. В. Эльбек // Здоровье мегаполиса,2023, Т. 4, № 2, с. 4–14, DOI 10.47619/2713–2617.zm.2023.v.4i2;4–14.

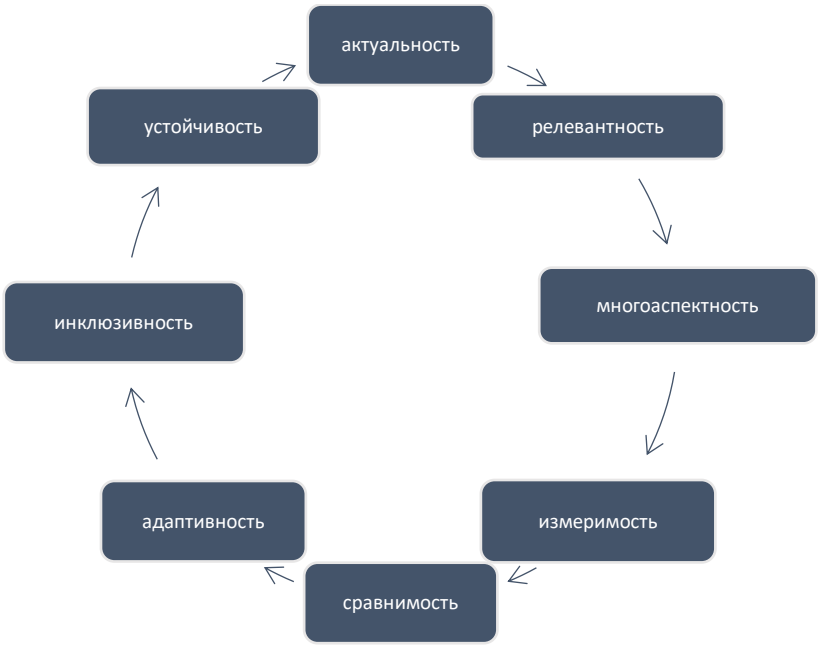


Рис. 17 – Принципы выбора показателей

Источник: Составлено автором

Первый принцип заключается в актуальности показателей. Они должны отражать реальные проблемы здравоохранения и быть актуальными в контексте текущих вызовов для системы. Например, в свете пандемии COVID–19 возросло внимание к таким показателям, как время ожидания тестирования и коэффициенты вакцинации. Кроме того, показатели должны быть релевантными, т.е. непосредственно связаны с целями и задачами оказания ПМСП и отражать ключевые аспекты качества, безопасности и доступности медицинской помощи. Одним из основополагающих принципов выбора показателей является многоаспектность (всеобъемлющесть), что подразумевает охват разных аспектов работы МО: качество предоставления услуг, экономическую эффективность, доступность, безопасность и другие. Это обеспечивает комплексный подход к оценке, который позволяет выявить не только сильные, но и слабые стороны работы МО.

Для успешной оценки показатели должны быть количественно измеримыми, сравнимыми и объективными. Это позволяет избежать разночтений и субъективных интерпретаций, что повышает достоверность и надежность оценки и имеет практическую ценность при использовании унифицированных показателей

для сопоставления между разными организациями, регионами и временными периодами. Это важно для выявления лучших практик и обеспечения заданных стандартов. Стандартизированные показатели облегчают процесс оценки и помогают выявить лучшие практики как на локальном, так и на международном уровнях.

Система оценки эффективности должна обладать гибкостью и способностью адаптироваться к изменениям в законодательстве, технологических новшествах и практиках в области медицины. Это позволит оперативно реагировать на текущее состояние отрасли здравоохранения. Тем не менее, ключевые показатели должны оставаться актуальными на протяжении длительного времени и демонстрировать стабильную эффективность. Выбор этих показателей не должен зависеть от краткосрочных факторов, а должен учитывать долгосрочную перспективу развития медицинских организаций.

Чтобы выбранные показатели максимально отражали реальную ситуацию, важно учитывать потребности и ожидания всех участников процесса, применяя принцип инклюзивности. Он основывается на учете мнения заинтересованных сторон, включая пациентов, медицинских работников, административный персонал и представителей общественных организаций. Это поддерживает транспарентность процесса и обеспечивает полноту и многогранность подхода к оценке.

Исходя из вышеуказанных принципов, показатели оценки эффективности МО могут быть классифицированы по следующим категориям:

1. Качество оказания медицинских услуг

К показателям качества относятся: частота осложнений, уровень соблюдения клинических рекомендаций, удовлетворенность пациентов и другие. Эти показатели помогают определить насколько эффективно МО справляется с возложенными на нее задачами.

2. Экономические показатели

К этим показателям относятся: затраты на оказание услуг, финансовая устойчивость учреждения, а также соотношение затрат и результатов. Они

позволяют оценивать эффективность использования ресурсов и поддерживать финансовую грамотность в управлении.

3. Доступность медицинских услуг

Эта категория включает в себя показатели доступности услуг (расстояние до учреждения, время ожидания, количество доступных специалистов), которые имеют решающее значение для объективной оценки эффективности функционирования системы первичной медико–санитарной помощи.

4. Исходы лечения

Показатели, отражающие исходы лечения (уровень выздоровления, реабилитации), позволяют понять, насколько успешно МО справляется с задачи медицины, и насколько оно в состоянии улучшать здоровье населения.

Выбор показателей для оценки эффективности МО, оказывающих первичную медико–санитарную помощь, является комплексным процессом, который требует научного подхода и учета различных факторов.

Использование опыта российских и зарубежных исследователей и соблюдение основных принципов выбора показателей обеспечат необходимую надежность, точность и унифицированность оценки при формировании рейтинга эффективности МО.

2.3. Разработка методики формирования рейтинга эффективности управления медицинских организаций, оказывающих первичную медико–санитарную помощь в Москве

На основании изученных публикаций, посвященных формированию и применению рейтингов в здравоохранении, а также анализа научно обоснованных подходов к оценке эффективности медицинских организаций, была разработана методика рейтинга эффективности (РЭ). Эта методика направлена на оценку качества управления деятельностью медицинских организаций, предоставляющих ПМСП взрослому населению, с целью содействия в процессе принятия управленческих решений.

В качестве объекта выбраны медицинские организации государственной системы здравоохранения, оказывающие взрослому населению ПМСП в г. Москва (далее – ГМО, Поликлиники).

Опыт взаимодействия с руководителями Поликлиник позволяет нам сделать вывод о прямой зависимости эффективности Поликлиник от качества принимаемых управленческих решений (далее – ПУР), которые являются важнейшей составляющей управленческой деятельности и способствуют укреплению репутации Поликлиник на рынке медицинских услуг в здравоохранении как среди поставщиков, так и среди потребителей (пациентов). Оценка эффективности Поликлиник служит базой для ПУР и проводится путем сравнения либо внутри самой медицинской организации на основании установленных стандартов (нормативов), либо путем внешнего сравнения с другими медицинскими организациями. Одним из популярных инструментов внешнего сравнения является рейтинг. Основные этапы разработки представлены на рис.18.

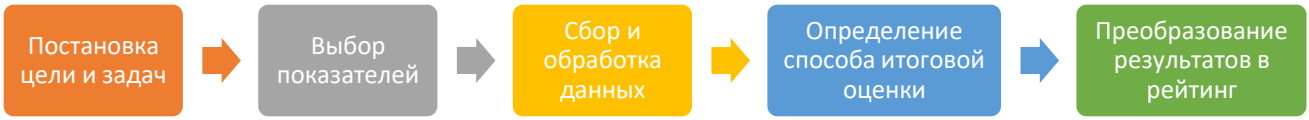


Рис. 18 – Основные этапы разработки методики РЭ

Составлено автором

1–й этап. Постановка цели и задачи.

Главной целью РЭ, основанного на оценке эффективности медицинских организаций государственного сектора является оценка качества управленческих решений на уровне медицинских организаций и органов исполнительной власти в сфере здравоохранения. Кроме того, в целях соблюдения норм действующего законодательства РФ (Конституция РФ, ФЗ № 323–ФЗ, приказ Минздрава №381н и др.) оценка деятельности медицинских организаций) проводится для:

– обеспечения прав граждан на получение медицинской помощи путем проверки соблюдения порядков оказания медицинской помощи, которые устанавливают общие правила и процедуры для диагностики, лечения и профилактики заболеваний; стандартов медицинской помощи, определяющих минимальный объём медицинских услуг, который должен предоставляться пациентам при тех или иных заболеваниях и клинических рекомендаций, содержащих современные научно–обоснованные подходы к лечению и профилактике болезней (приказ Минздрава 381н);

– предупреждения рисков, создающих угрозу жизни и здоровью граждан, и минимизации последствий их наступления (приказ Минздрава 381н);

– разработки системных мер по совершенствованию качества и безопасности медицинской деятельности. (ч.2 ст. 87 Закона № 323–ФЗ);

– принятия обоснованных решений по материальному стимулированию медицинского персонала.

С учетом обозначенных целей в задачи РЭ прежде всего входит идентификация ключевых показателей эффективности и разработка методологии сбора и анализа данных.

2–й этап. Выбор показателей

В качестве основных показателей для оценки эффективности ГМО в Москве используются общие показатели, утвержденные программой «Столичное здравоохранение»[322], которые рассчитываются федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным в области государственного статистического учета (смертность, заболеваемость и др.), критерии доступности и качества медицинской помощи, ежегодно утверждаемые ТПОМС г. Москвы, показатели Московского стандарта поликлиник (далее – МСП). До февраля 2025 года для ГМО использовались показатели, утвержденные приказом ДЗМ № 632[323],

[322] Постановление Правительства Москвы от 04.10.2011 № 461–ПП «О Государственной программе города Москвы "Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)».

[323] Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 29.07.2015 № 632 «Об утверждении целевых показателей оценки качества и эффективности деятельности учреждений, находящихся в ведении Департамента здравоохранения города Москвы, и критериев оценки эффективности и результативности деятельности руководителей государственных учреждений города Москвы, находящихся в ведении Департамента здравоохранения города Москвы».

которые включали 16 целевых показателей, разделенных на 3 группы: эффективность – 40%, доступность – 40% и качество лечения – 20%.

Было установлено, что эффективность оценивается лишь с точки зрения достижения или недостижения заданных значений показателей в разрезе каждого отдельного вышеназванного документа, т.е. проводится изолированная оценка показателей, фокусирующаяся на отдельных аспектах деятельности Поликлиник. Разрозненные показатели не дают полной оценки эффективности, так как могут дублировать друг друга и не нести смысловой нагрузки, что не может служить исходной базой для принятия взвешенных целевых управленческих решений.

Систематизация и структуризация изученных методических подходов к формированию показателей эффективности МО (подробно описано в п 2.2.) позволило нам определить новый концептуальный методологический подход к выбору показателей для построения РЭ на основе данных ГМО, который можно представить в виде следующих последовательных шагов:

1–й шаг – Определение принципов формирования показателей

При формировании набора показателей для РЭ использовались принципы триады Донабедиана, технология SMART с учетом отраслевых особенностей выбранного объекта исследования, а также принципы актуальности, сопоставимости, измеримости, унифицированности, многоаспектности и единства.

2–й шаг – Подготовка данных

Для формирования набора показателей был проведен предварительный анализ данных за период 2016 – 2021 гг. на основе форм бухгалтерской и статистической отчетности 45 ГМО и данных Единой медицинской информационно–аналитической системы города Москвы (ЕМИАС).

Изучались общие данные о численности и структуре прикрепленного населения, а также имуществе ГМО, показатели, характеризующие финансовые ресурсы ГМО и их использование, показатели обеспеченности кадровыми ресурсами; показатели посещаемости, заболеваемости и доступности медицинской помощи.

3–й шаг –Формирование набора показателей

Выбор показателей для формирования РЭ осуществлялся с использованием метода «логическое дерево». Главной целью является оценка эффективности использования ресурсов, под которой понимается достижение медицинской организацией наиболее высоких значений показателей по доступности медицинской помощи, качеству ее организации и оказания за счет имеющихся ресурсов с учетом качества управления ими. Подцелями главной цели являются оценки качества управления в трех аспектах – ресурсы, доступность, результат.

В результате был сформирован стартовый набор показателей (СНП), состоящий из 41 показателя для РЭ, сгруппированных по 4 областям оценки: I «Обеспеченность ресурсами»; II «Качество управления ресурсами»; III «Качество управления процессами доступности медицинской помощи в амбулаторных условиях»; IV «Качество управления результатами» (приложение 1).

Для расчета значений показателей используются первичные данные с указанием источника информации, представленные в приложении 2.

К показателям I группы, характеризующим обеспеченность ресурсами, отнесены такие показатели, как: «Доходы МО в расчете на одного прикрепленного гражданина», «Обеспеченность врачами терапевтического профиля», «Удельный вес медицинского оборудования, введенного в эксплуатацию за последние 3 года» и др. (таблица11).

Таблица 11 – Показатели, характеризующие обеспеченность ресурсами

	Наименование показателя	Ед. изм.
1	Доходы МО в расчете на одного прикрепленного гражданина	руб./чел.
2	Обеспеченность врачами терапевтического профиля (ВОП, терапевт) в расчете на 100 тыс. численности прикрепленного населения	/100 тыс. нас.
3	Укомплектованность (число занятых должностей к числу штатных должностей) медицинской организации врачами специалистами 1–го и 2–го уровней	%
4	Доля врачей с высшей и первой квалификационными категориями в общей численности врачей	%
5	Удельный вес медицинского оборудования со сроком эксплуатации 10 лет и более в общем количестве медоборудования, находящемся на балансовом учете	%
6	Удельный вес медицинского оборудования, введенного в эксплуатацию за последние 3 года	%
7	Число среднегодовых пациенто–мест (с учетом смен работы)	пациенто –место

Источник: составлено автором

К показателям II группы, характеризующих качество управления ресурсами, относятся: «Удельный вес суммы немедицинских расходов в общей сумме произведенных расходов», «Удельный вес фонда оплаты труда медицинского персонала в общем фонде оплаты труда работников МО», «Отношение количества посещений к числу врачей–терапевтов/ВОП, осуществляющих прием населения в медицинской организации», «Интенсивность использования медицинского оборудования» и др. (таблица12).

Таблица 12 – Показатели, характеризующие качество управления ресурсами

№	Наименование показателя	Ед. изм.
	Финансовые ресурсы	
1	Отношение суммы полученных доходов с учетом остатков на начало отчетного периода к сумме произведенных расходов	%
2	Удельный вес суммы немедицинских расходов в общей сумме произведенных расходов	%
3	Отклонение фактически исполненных назначений по расходам плана ФХД от скорректированного планового показателя расходов	%
4	Удельный вес фонда оплаты труда медицинского персонала в общем фонде оплаты труда работников МО	%
5	Отношение просроченной кредиторской задолженности к балансовой стоимости активов МО	%
	Кадровые ресурсы	
6	Отношение уровня начисленной среднемесячной заработной платы врачей к уровню среднемесячной начисленной заработной платы работников в регионе	%
7	Отношение уровня начисленной среднемесячной заработной платы среднего медицинского персонала к уровню среднемесячной начисленной заработной платы работников в регионе	%
8	Отношение количества посещений к числу врачей–терапевтов/ВОП, осуществляющих прием населения в медицинской организации (нагрузка на врача)	кол–во посещ./число вр.
9	Отношение количества посещений к численности врачей 1 уровня (офтальмолог, ЛОР, хирург, уролог), осуществляющих прием населения в медицинской организации (нагрузка на врача)	кол–во посещ./число вр.
10	Отношение количества посещений к численности врачей 2 уровня, осуществляющих прием населения в МО (нагрузка на врача)	кол–во посещ./число вр.
	Материально–технические ресурсы	
11	Интенсивность использования медицинского оборудования (среднее значение)	%
12	Удельный вес количества дней простоя медицинского оборудования в общем количестве дней работы (среднее значение)	%

Источник: составлено автором

В качестве показателей III группы, характеризующих качество управления процессами доступности медицинской помощи в амбулаторных условиях, выбраны: «Доля пациентов с временем ожидания приема врача–терапевта за пределами «зеленой зоны» (более 20 минут) за отчетный период», «Доля пациентов с недопустимым временем ожидания приема дежурного врача», «Необеспеченность или доля пациентов в «красной зоне» (включая нереализованный спрос) к врачам специалистам 2 уровня» и др. (таблица 13).

Таблица 13 – Показатели, характеризующие качество управления процессами доступности

№	Наименование показателя	Ед. изм.
1	Необеспеченность или доля пациентов в «красной зоне» (включая нереализованный спрос) по самозаписи к врачам–терапевтам (участковым/ВОП) (на четвертый день и позднее)	%
2	Доля пациентов с временем ожидания приема врача–терапевта за пределами «зеленой зоны» (более 20 минут)	%
3	Доля пациентов с недопустимым временем ожидания приема дежурного врача (60 минут)	%
4	Доля состоявшихся приемов дежурного врача в общем количестве пациентов, зарегистрированных в электронной очереди	%
5	Необеспеченность или доля пациентов в «красной зоне» (включая нереализованный спрос) по самозаписи к врачам – специалистам, к которым разрешена самостоятельная запись на прием (на восьмой день)	%
6	Необеспеченность или доля пациентов в «красной зоне» (включая нереализованный спрос) к врачам – специалистам, к которым не разрешена самостоятельная запись на прием (на одиннадцатый день)	%
7	Необеспеченность или доля пациентов в «красной зоне» (включая нереализованный спрос) к врачам ультразвуковой и функциональной диагностики (на одиннадцатый день)	%
8	Необеспеченность или доля пациентов, начавших получать медицинскую помощь в дневном стационаре после 10 дня от даты выписки направления врача)	%
9	Доля исследований на медицинском оборудовании по платным медицинским услугам в общем количестве исследований	%

Источник: составлено автором

В качестве показателей IV группы, характеризующих качество управления результатами, выбраны: «Доля уникальных пациентов, посетивших МО в общем количестве прикрепленного населения», «Доля посещений с профилактической целью в общем количестве посещений», «Доля пациентов, в отношении которых соблюдена периодичность приемов с целью диспансерного наблюдения», «Доля

граждан, удовлетворенных доступностью записи на прием к врачу по самозаписи или к врачу специалисту по направлению, из общего числа анкетированных» и др. (таблица 14).

Таблица 14 – Показатели, характеризующие качество управления результатами

№	Наименование показателя		Ед. изм.
1	Доля уникальных пациентов, посетивших МО в общем количестве прикрепленного населения		%
2	Доля посещений с профилактической целью в общем количестве посещений		%
3	Доля уникальных пациентов, прикрепленных к МО прошедших диспансеризацию и профилактический медицинский осмотр (ПМО) в течение последних 3–х лет в общей численности населения, прикрепленного к медицинской организации м	%	
4	Доля граждан, прошедших диспансеризацию (1 этап) и ПМО не более, чем за 3 визита в медицинскую организацию	%	
5	Доля случаев заболевания, выявленного при проведении профилактического медицинского осмотра (диспансеризации) с впервые в жизни установленным диагнозом в общем количестве выявленных заболеваний с впервые установленным диагнозом	%	
6	Доля пациентов, в отношении которых соблюдена периодичность приемов с целью диспансерного наблюдения	%	
7	Доля лиц, вызвавших скорую медицинскую помощь по причине заболеваний, по которым они находятся на диспансерном наблюдении, от общего количества лиц, находящихся на диспансерном наблюдении	%	
8	Доля экстренных госпитализаций лиц, находящихся на диспансерном наблюдении у врача–терапевта в общем числе госпитализаций пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении	%	
9	Смертность прикрепленного населения на дому в расчете на 10 тыс. прикрепленного населения	случаев/10 тыс. чел.	
10	Доля граждан, удовлетворенных доступностью записи на прием к врачу по самозаписи или к врачу специалисту по направлению, из общего числа анкетированных	%	
11	Доля граждан, удовлетворенных условиями пребывания (сроками ожидания приема врача) в медицинской организации и организации медицинской помощи из общего числа анкетированных	%	
12	Доля граждан, удовлетворенных сроками ожидания диагностического исследования (инструментального, лабораторного) из общего числа анкетированных, которым требовалось проведение диагностических исследований	%	
13	Доля граждан из общего числа анкетированных, которым пришлось обращаться за платными медицинскими услугами в связи с тем, что в медицинской организации, к которой они прикреплены, данные услуги не были оказаны бесплатно	%	

Источник: составлено автором

3–й этап. Сбор и обработка данных

В качестве источников информации для выбора оценочных показателей в соответствии с методикой РЭ используются:

Сбор, обработка и определение достоверности данных МО, необходимых для расчета значений показателей на основании следующих источников информации:

1. Данные статистической отчетности, полученные в режиме корпоративного доступа[324],[325],[326]:

– форма федерального статистического наблюдения № 30 «Сведения о медицинской организации» утверждена приказом Росстата от 29.11.2024 № 594[327];

– форма федерального статистического наблюдения № 14–дс «Сведения о деятельности дневных стационаров лечебного–профилактического учреждения» утверждена приказом Росстата от 30.12.2002 № 413[328];

– форма федерального статистического наблюдения № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации» утверждена приказом Росстата от 13.11.2024 № 543[329];

– форма федерального статистического наблюдения № ЗП–здрав «Сведения о численности и оплате труда работников сферы здравоохранения по категориям персонала» утверждена приказом Росстата от 31.07.2024 № 338[330];

---

[324] Сборник «Показатели эффективности использования ресурсов здравоохранения города Москвы в разрезе административных округов за 2019–2023 годы». Режим доступа: https://niioz.ru/upload/iblock/d5d/d5d55addcf56869b22f7edb422f19822.jpg в режиме корпоративного доступа.

[325] Сборник «Показатели эффективности использования ресурсов здравоохранения города Москвы в разрезе административных округов за 2018–2022 годы». Режим доступа: https://niioz.ru/upload/iblock/586/58677af59158138ae5d6e110da383f8b.pdf в режиме корпоративного доступа.

[326] Сборник «Показатели эффективности использования ресурсов здравоохранения города Москвы в разрезе административных округов за 2016–2020 гг.». Режим доступа: https://niioz.ru/moskovskaya–meditsina/izdaniya–nii/sborniki/pokazateli–effektivnosti–ispolzovaniya–resursov–zdravookhraneniya–goroda–moskvy–v–razreze–administra/в режиме корпоративного доступа.

[327] Приказ Росстата от 29.11.2024 № 594 «Об утверждении формы федерального статистического наблюдения № 30 «Сведения о медицинской организации» и указаний по ее заполнению».

[328] Приказ Минздрава РФ от 30.12.2002 № 413 «Об утверждении учетной и отчетной медицинской документации».

[329] Приказ Росстата от 13.11.2024 № 543 «Об утверждении формы федерального статистического наблюдения с указаниями по ее заполнению для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья».

[330] Приказ Росстата от 31.07.2024 № 338 «Об утверждении форм федерального статистического наблюдения для организации федерального статистического наблюдения за численностью и оплатой труда работников организаций, кадров государственной гражданской и муниципальной службы, условиями труда, движением работников, занятостью населения, численностью и потребностью организаций в работниках по профессиональным группам, численностью и заработной платой работников по категориям в организациях социальной сферы и науки».

– форма отраслевой статистической отчетности № 131/о «Сведения о проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» утверждена приказом Минздрава России от 10.11.2020 № 1207н[331].

2. Данные годовой бюджетной отчетности медицинских организаций за 2019–2023 гг. из системы бухгалтерского учета Департамента здравоохранения города Москвы Парус Бюджет 8 полученные в режиме корпоративного доступа:

– форма 0503737 «Отчет об исполнении учреждением плана его финансово–хозяйственной деятельности»;

– форма 0503730 «Баланс государственного (муниципального) учреждения».

3. Данные Росстата о размере средней зарплаты врачей и работников медицинских организаций за 2016–2023 гг. Данные доступны на официальном сайте Федеральной службы государственной статистики[332].

4. Данные ЕМИАС о доступности медицинской помощи и управлении материальным обеспечением, полученные в режиме корпоративного доступа.

5. Данные мониторинга по показателям смертности взрослого населения утверждены приказом ДЗМ от 25.12.2017 №923, полученные в режиме корпоративного доступа [333].

6. Данные отчетов по форме СКУР утверждены приказом ДЗМ от 12.09.2018 г. № 631[334], полученные в режиме корпоративного доступа.

7. Результаты анкетирования и/или социологических опросов, полученные в рамках выполнения НИР.

---

[331] Приказ Минздрава России от 10.11.2020 № 1207н «Об утверждении учетной формы медицинской документации № 131/у «Карта учета профилактического медицинского осмотра (диспансеризации)», порядка ее ведения и формы отраслевой статистической отчетности № 131/о «Сведения о проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения", порядка ее заполнения и сроков представления».

[332] Росстат. Информационно–аналитические материалы Сведения по заработной плате работников в организациях по категориям персонала и профессиональным группам. Режим доступа: https://rosstat.gov.ru/compendium/document/60671.

[333] Приказ ДЗМ от 25.12.2017 г. № 923 «Об организации мониторинга эффективности мероприятий по снижению уровня смертности, проводимых в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих первичную медико–санитарную помощь взрослому населению».

[334] Приказ ДЗМ от 12.09.2018 г. № 631 «О внедрении Стандарта качества управления ресурсами в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы».

Данные п.2–7 являются неотъемлемой частью отчетов о НИР[335].

2. Субъективные источники

2.1. Результаты анкетирования граждан (или социологических опросов) на базе отчета о результатах социологического исследования по оценке доступности и качества организации первичной медико–санитарной помощи, оказываемой взрослому населению медицинскими организациями государственной системы здравоохранения города Москвы в рамках НИР.

2.2. Экспертные оценки (мнения экспертов и профессионалов в области здравоохранения по поводу эффективности различных практик и подходов).

Периодичность сбора информации, за исключением результатов анкетирования, определяется выбором отчетного периода и зависит от законодательно утвержденных сроков представления отчетных форм.

Процесс обработки информации для рейтингования медицинских организаций требует системного подхода и внимательного отношения, чтобы гарантировать объективность, точность и полезность полученных результатов. Для обработки данных целесообразно использовать существующие в МО медицинские информационные системы.

4–этап. Определение способа итоговой оценки эффективности МО.

С целью осуществления единого методического подхода в качестве способа итоговой оценки эффективности МО предлагается использование метода балльных оценок, который позволяет преобразовать разнородные показатели (измеряемые в различных единицах – руб./чел., минуты, проценты и др.) в единую шкалу для сравнительного анализа. Рассмотрим этот процесс более подробнее:

Шаг 1. Нормативные критерии оценки (НКО)

Каждому показателю присваиваются уровни нормативной оценки (НКО), которые зависят от направления движения значения показателя (в сторону

[335] Эффективное управление ресурсами столичного здравоохранения. научно–методическая и прогнозная оценка ресурсов в системе здравоохранения и влияние их достаточности на эффективность деятельности медицинских организаций. Отчет о НИР/НИОКР. Заключительный этап,3, 2023. Номер государственной регистрации: АААА–А20–120042490033–0. Режим доступа: корпоративный доступ.

уменьшения или увеличения) в зависимости от того, какое лучшее значение требуется достигнуть. Всего существует четыре уровня НКО:

Уровень 1 НКО – минимальное значение достижения желаемого результата по показателю.

Уровень 2 НКО – среднее значение между минимальным и максимальным уровнем.

Уровень 3 НКО – высокое значение, близкое к максимальному уровню.

Уровень 4 НКО – максимальное значение достижения желаемого результата по показателю.

При этом максимальное значение не означает возможное наивысшее достижение значения показателя, а достижение значение показателя ниже минимального означает присуждение показателю уровня 0.

Шаг 2. Вес показателя

Каждому показателю присвоен вес, который отражает его значимость в единой системе оценки. Присуждение веса основано на предварительном анализе данных, экспертной оценке и опыте использования в аналогичных системах (например, Стандарт качества управления ресурсами).

Шаг 3. Балльные оценки

Для расчета балльных оценок используются формулы в зависимости от направления движения значения показателя в сторону лучшего результата (чем больше, тем лучше или чем меньше, тем лучше). Учитывая специфику здравоохранения, не все показатели, достигающие максимального значения, свидетельствуют о положительном результате. Наиболее ярким примером являются показатели смертности, когда увеличение показателя в динамике или более высокий показатель у какой–то МО по сравнению с другими является плохой тенденцией. Для показателей, где лучший результат оценивается как максимальное значение, расчет балльных оценок производится по формуле:

$$PA_n = X_n \times (P_n/Y_n + Z_n) \quad (3)$$

Для показателей, где лучший результат оценивается как минимальное значение, расчет балльных оценок производится по формуле:

$$PA_n = X_n \times (1 - P_n/Y_n + Z_n) \quad (4)$$

где,

PA– балльная оценка;

P_n – значение показателя;

X_n – вес показателя;

Y_n – нормативный критерий оценки;

Z_n – уровень достижения критерия оценки.

Алгоритм расчета PA (балльной оценки) включает несколько этапов.

1. На первом этапе рассчитывается значение показателя (P), представляющее собой отношение числителя (N) к знаменателю (D), параметры которых предусмотрены для каждого показателя с указанием источников данных, необходимых для расчета.

В случае одноименных единиц измерения полученный результат умножается на 100%. В остальных случаях результат отражается в единицах измерения N и D. Например, значение показателя «Доходы МО в расчете на одного прикрепленного гражданина за отчетный период, руб./чел. (P_1)» рассчитывается по формуле:

$$P1 = \frac{N1.1}{D1.2} \quad (5)$$

где,

P1– доходы МО в расчете на одного прикрепленного гражданина за отчетный период, руб./чел.;

N1.1 – сумма доходов за отчетный период, руб.;

D1.2 – средняя численность прикрепленного населения за отчетный период, чел.

Значение показателя «Отношение суммы доходов с учетом остатков на начало отчетного периода к произведенным расходам, % (P_5)» рассчитывается по формуле:

$$P5 = \frac{N5.1}{D5.2} \text{x} 100\% \quad (6)$$

где,

P5– отношение суммы доходов с учетом остатков на начало отчетного периода к произведенным расходам,%;

N5.1– сумма доходов за отчетный период и остатков на начало отчетного периода, руб.;

D5.2– сумма произведенных расходов за отчетный период, руб.

2. На втором этапе значение показателя сравнивается со значениями, соответствующими уровню НКО и достижение определенного уровня является величиной Z_n.

3. На 3 этапе осуществляется расчет Индекса эффективности.

В рамках оценки эффективности МО предлагается система индексов, основанная на интегральных показателях, которые отражают комплексную оценку эффективности управления ресурсами, процессами и результатами. Данная система позволяет количественно измерить эффективность деятельности МО и провести сравнительный анализ между организациями.

1. Индекс эффективности I_e

Индекс эффективности (I_e) представляет собой отношение интегральной оценки результативности (I_{Ac}) к интегральной оценке обеспеченности ресурсами (I_{Aa}). Данный индекс отражает, насколько эффективно используются ресурсы для достижения желаемых результатов и рассчитывается по формуле:

$$I_e = \frac{IAc}{IAa} \quad (7)$$

где,

I_e– Индекс эффективности

I_{Ac} – интегральная оценка результативности (доступности)

I_{Aa} – интегральная оценка обеспеченности ресурсами.

Интегральные оценки результативности (доступности) I_{Ac} и обеспеченности ресурсами I_{Aa} определяются как сумма балльных оценок НОП, которые рассчитаны по формулам (3) или (4), по соответствующей области:

$$I_{Ac} = \sum \text{РА показателей области С} \quad (8)$$

$$I_{Aa} = \sum \text{РА показателей области А} \quad (9)$$

Индекс эффективности (I_e) показывает, насколько эффективно используются ресурсы для достижения желаемых результатов, и являясь интегральным показателем, включает в себя комплекс показателей, связанных с достижением целей и экономичностью использованных ресурсов, что позволяет использовать его в качестве интегрального показателя оценки эффективности принятия управленческих решений на этапе оценки результата для построения рейтинга.

2. Дополнительный индекс эффективности I_{e1} учитывает не только обеспеченность ресурсами, но и качество управления ими. Он рассчитывается как отношение интегральной оценки результативности (I_{Ac}) к сумме интегральных оценок качества управления ресурсами ($I_{Aв}$) и обеспеченности ресурсами (I_{Aa}) по формуле:

$$I_{e1}=\frac{IAc}{IAa+IAв} \quad (10)$$

где,

I_{e1}– дополнительный Индекс эффективности;

I_{Ac} – интегральная оценка результативности (доступности);

I_{Aa} – интегральная оценка обеспеченности ресурсами;

$I_{Aв}$ – интегральная оценка качества управления ресурсами.

3. Дополнительный индекс эффективности I_{e2} позволяет оценить качество управления ресурсами относительно их обеспеченности. Он рассчитывается как отношение интегральной оценки качества управления ресурсами ($I_{Aв}$) к интегральной оценке по области обеспеченности ресурсами (I_{Aa}) по формуле:

$$I_{e2}=\frac{IAв}{IAa} \quad (11)$$

где,

I_{e2}– дополнительный Индекс эффективности;

$I_{Aв}$ – интегральная оценка качества управления ресурсами;

I_{Aa} – интегральная оценка обеспеченности ресурсами.

5–й этап. Преобразование результатов в рейтинг

Для формирования рейтинга МО ранжируются на основе полученных значений индекса эффективности (I_e). Первое место в рейтинге занимает МО с наибольшим значением I_e, а остальные места распределяются по мере убывания значений. Стоит отметить, что при равных значениях I_e выше в рейтинге располагается МО, у которой выше интегральная балльная оценка по области С.

ГЛАВА 3. ПРАКТИЧЕСКАЯ АПРОБАЦИЯ И ТЕСТИРОВАНИЕ РЕЙТИНГОВОЙ СИСТЕМЫ НА ПРИМЕРЕ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО–САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ В Г. МОСКВА

3.1. Организационно–методический механизм применения методики рейтинга

3.1.1. Основные положения

Организационно–методический механизм, далее – регламент, представляет собой свод правил и процедур, регулирующих порядок применения методики рейтинга эффективности медицинских организаций (методика РЭ) для органов управления в сфере здравоохранения и руководителей ГМО в г. Москва. Методика РЭ направлена на оценку качества управления деятельностью медицинских организаций, предоставляющих первичную медико–санитарную помощь взрослому населению на основе ключевых показателей эффективности (KPI), с целью содействия в процессе принятия управленческих решений.

Регламент направлен на обеспечение прозрачности, объективности и воспроизводимости процедуры оценки, а также на содействие принятию обоснованных управленческих решений.

Регламент преследует следующие цели:

- Создание механизма регулярного мониторинга и оценки эффективности медицинских организаций.
- Повышение качества управления ресурсами, доступностью медицинской помощи и результатами деятельности.
- Формирование рейтинга МО для принятия обоснованных управленческих решений.

В число основных задач регламента входят: идентификация ключевых показателей эффективности (KPI) для оценки деятельности МО, установление единой системы измерения оценочных показателей; стандартизация процедуры сбора, обработки и анализа данных; ранжирование МО на основе индекса

эффективности, обеспечение открытости и доступности результатов оценки для заинтересованных сторон и разработка алгоритма анализа полученных результатов с целью улучшения качества принимаемых управленческих решений.

3.1.2. Порядок применения методики РЭ органом управления в сфере здравоохранения

Порядок применения методики РЭ органом управления в сфере здравоохранения включает 8 последовательных этапов (рис.19).

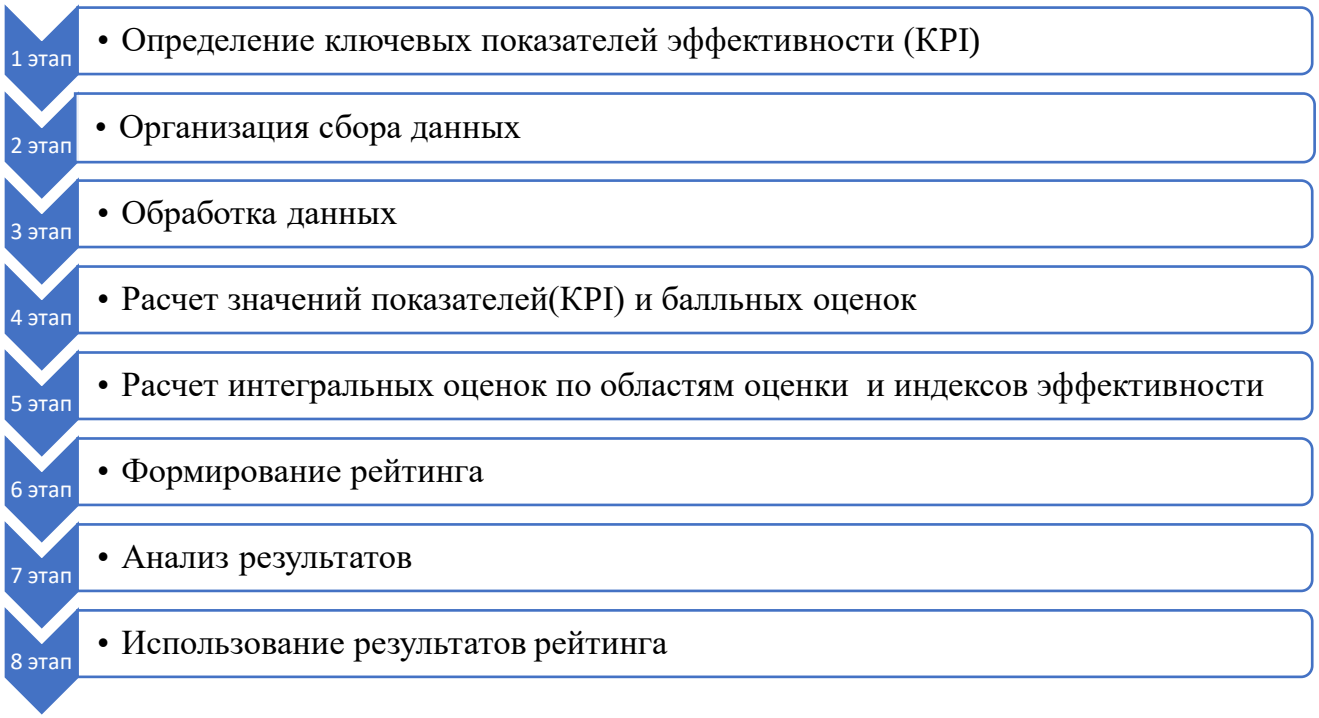


Рис. 19 – Схема оценки эффективности принятия управленческих решений органом управления в сфере здравоохранения

Источник: Составлено автором

*1–й Этап. Определение ключевых показателей эффективности (*KPI*)*

Орган управления здравоохранением утверждает перечень KPI, используемых для оценки эффективности МО, на основе предложенного в методике РЭ набора оценочных показателей. KPI должны соответствовать целям и задачам оценки эффективности, а также учитывать отраслевые особенности и нормативные требования.

2–й Этап. Организация сбора данных

Орган управления здравоохранением организует сбор данных от МО по типовой форме рейтинга (ТФР) в формате Excel с включенными формулами расчета, фрагмент которой представлен в таблице 15 (полная версия ТФР представлена в Приложении 4).

Таблица 15 – Типовая форма заполнения данных для рейтинга (ТФР)

Показатель		Значение показателя (Pn)	Вес (Xn)	Значение критерия (Yn)*	Уровень сложности (Zn)	Формула расчета PAn	Значение Yn для Z=1	Значение Yn для Z=2	Значение Yn для Z=3	Значение Yn для Z=4
1	**Доходы МО руб./чел.**	**N1/D1**	0,4			Xn × (Pn/Yn +Zn)	≥ 5000	≥ 6000	≥ 7000	≥ 8000
N1	Сумма, руб.									
D1	Численность, чел.	(D1.1+ D1.2)/2								
D 1.1	Численность (на начало отч. периода), чел.	ввод								
D 1.2	Численность (на конец отч. периода), чел.	ввод								

Источник: составлено автором

Данные должны быть актуальными и достоверными. Орган управления здравоохранением назначает лиц, ответственных за сбор данных в установленные сроки.

3–й Этап. Обработка данных

Орган управления здравоохранением проводит верификацию данных, устраняя дублирующую информацию и аномальные значения. Данные обрабатываются с использованием автоматизированных систем обработки информации и управления в здравоохранении (АСОИУ) и программного пакета Microsoft Excel.

4–й Этап. Расчет значений показателей (KPI) и балльных оценок с помощью единой системы измерения оценочных показателей

Значения показателей (KPI) рассчитываются с использованием АСОИУ и Microsoft Excel в соответствии с единой системой измерения оценочных показателей, которая основывается на использовании метода балльных оценок,

позволяющим преобразовать разнородные показатели в единую шкалу. Каждому показателю присваиваются уровни нормативного критерия оценки (НКО), которые зависят от направления движения показателя. Всего предлагается четыре уровня НКО. Каждый показатель имеет свой вес, который отражает его значимость в общей системе оценки. Вес показателя устанавливается на основе предварительного анализа данных и экспертно–опытной оценки. Результат оценки выражается в баллах (балльная оценка), которые рассчитываются по каждому показателю с учетом уровня достижения НКО и веса показателя по соответствующим формулам, указанным в Методике.

В случае появления новых факторов, требующих изменения веса показателей, процедура изменения веса показателей должна быть тщательно спланированной и документированной. Изменение веса может понадобиться, если вводятся новые стандарты оказания медицинской помощи или применяются новые технологии, меняются приоритеты стратегической политики или возникают новые вызовы, подобные пандемии COVID–19. В этих ситуациях орган управления здравоохранением проводит анализ существующих данных, привлекает независимых экспертов или консультантов для оценки значимости каждого показателя и предложения изменений в весе и в результате коммуникации с заинтересованными сторонами утверждает изменения.

5–й этап. Расчет интегральных оценок и индексов эффективности

Для расчета индекса эффективности МО предлагается система, которая позволяет использовать интегральные оценки, сгруппированные на основе KPI по трем основным областям оценки: обеспеченность ресурсами (область A), качество управления ресурсами (область B) и результативность (доступность) (область C).

1. Индекс эффективности I_e рассчитывается как отношение интегральной оценки результативности (I_{Ac}) к интегральной оценке обеспеченности ресурсами (I_{Aa}) по формулам (7,8,9).

Индекс эффективности (I_e) показывает, насколько эффективно используются ресурсы для достижения желаемых результатов, и являясь интегральным показателем, включает в себя комплекс показателей, связанных с достижением

целей и экономичностью использованных ресурсов, что позволяет использовать его в качестве интегрального показателя оценки эффективности принятия управленческих решений на этапе оценки результата для построения рейтинга.

2. Дополнительный индекс эффективности (I_{e1}) учитывает не только обеспеченность ресурсами, но и качество управления ими и рассчитывается как отношение интегральной оценки результативности (I_{Ac}) к сумме интегральных оценок качества управления ресурсами ($I_{Aв}$) и обеспеченности ресурсами (I_{Aa}).

3. Дополнительный индекс эффективности (I_{e2}) позволяет оценить качество управления ресурсами относительно их обеспеченности и рассчитывается как отношение интегральной оценки качества управления ресурсами ($I_{Aв}$) к интегральной оценке по области обеспеченности ресурсами (I_{Aa}).

6–й Этап. Формирование рейтинга

Для формирования рейтинга МО ранжируются по убыванию значений индекса эффективности I_e. Первое место в рейтинге занимает МО с наибольшим значением I_e, что свидетельствует о наиболее эффективном использовании ресурсов для достижения результатов. При равенстве значений, более высокое место занимает МО, у которой выше значение интегральной оценки результативности (доступности) I_c.

7–й Этап. Анализ результатов

Анализ результатов предлагается проводить с помощью метода «декомпозиции». Оценки декомпозиции разбивают общий результат на конкретные компоненты или показатели. Такая детализация позволяет выявлять конкретные сильные и слабые стороны системы здравоохранения в целом, и медицинской организации в частности. Например, заинтересованные стороны могут не просто оценить общую эффективность, а определить, какие конкретные области (например, распределение ресурсов или доступность услуг) нуждаются в улучшении. Используя оценки декомпозиции, можно более точно определить проблемы, влияющие на эффективность. Такой целенаправленный подход позволяет использовать более эффективные стратегии решения проблем, поскольку управленческие решения можно адаптировать к конкретным

недостаткам, а не применять общие решения. Подробный характер оценок декомпозиции способствует более эффективному принятию решений на различных уровнях управления. Обладая четкими данными по конкретным проблемным областям, руководители здравоохранения могут принимать обоснованные решения в отношении распределения ресурсов, изменения политики и стратегического планирования, что в конечном итоге приведет к улучшению результатов деятельности. Такой локализованный анализ помогает понять территориальные (региональные, муниципальные и т.д.) различия и позволяет принимать индивидуальные меры, учитывающие уникальные потребности каждой территории или организации. Кроме того, заинтересованные стороны могут отслеживать конкретные показатели и оценивать, приводят ли внесенные изменения к желаемым улучшениям, способствуя формированию культуры непрерывной оценки и совершенствования в системе здравоохранения.

Алгоритм анализа результатов представляет собой трехступенчатый процесс. На первой стадии оценивается значение Индекса эффективности $I_{e.}$ На второй стадии анализируется уровень достижения НКО в разрезе областей оценки. На третьей стадии анализируются результаты значений каждого показателя и его соответствие уровню нормативного критерия оценки. Дополнительные индексы I_{e1} и I_{e2} используются для более детального анализа эффективности управления ресурсами и результативности.

Результаты расчета индексов эффективности используются для принятия обоснованных управленческих решений, направленных на улучшение качества медицинской помощи и повышение эффективности использования ресурсов. На основе анализа значений индексов разрабатываются целенаправленные меры («Targeted measures») по улучшению ключевых показателей эффективности.

8–й Этап. Использование результатов рейтинга.

Орган управления в сфере здравоохранения использует результаты рейтинга для:

- Принятия управленческих решений по улучшению качества организации процесса оказания медицинской помощи.

- Разработки программ материального стимулирования медицинского персонала.
- Планирования ресурсного обеспечения МО.
- Проведения анализа эффективности управленческих решений среди МО.

3.1.3. Порядок применения методики РЭ в медицинских организациях

Оценка качества принятия управленческих решений в медицинской организации проводится в соответствии с положениями рекомендованной методики РЭ согласно следующей схеме (рис.20).

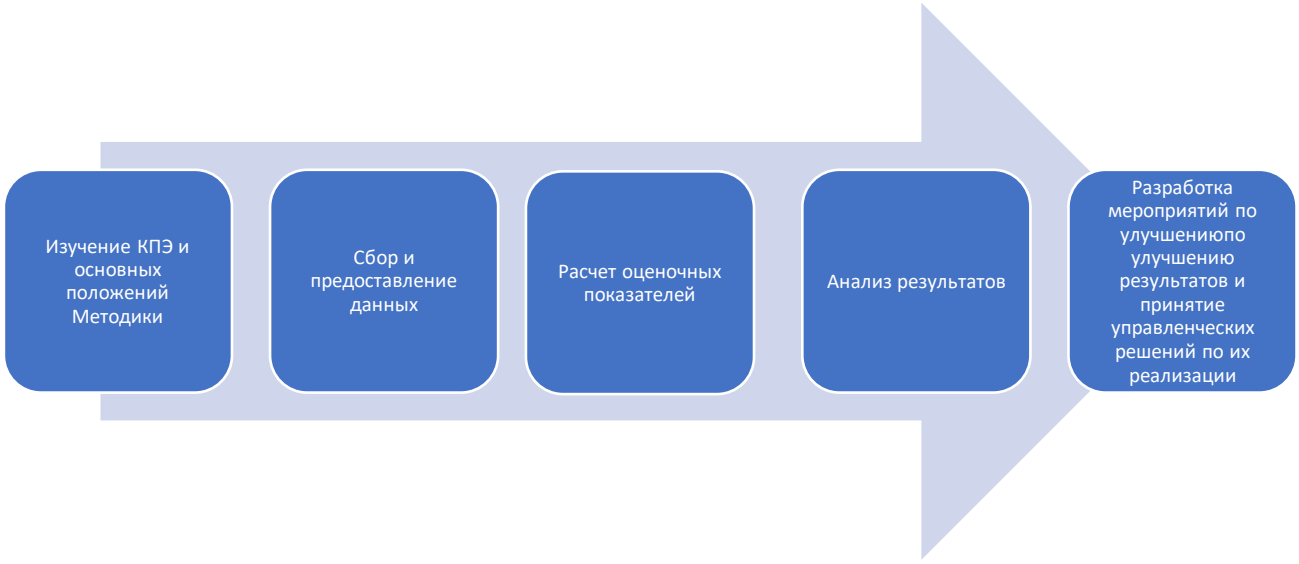


Рис. 20 – Процедура оценки управленческих решений в медицинской организации
Источник: Составлено автором

*1–й Этап. Изучение ключевых показателей эффективности (*KPI*), входящих в набор показателей и основных положений Методики*

Руководитель МО и специалисты МО, задействованные в процессе принятия управленческих решений, знакомятся с перечнем набора показателей (KPI), используемых для оценки эффективности, изучают положения Методики, касающиеся расчета интегральных оценок и индексов эффективности, правила сбора первичных данных. Руководитель МО назначает лиц, ответственных за сбор,

внесение и предоставление данных, необходимых для расчета показателей, в установленные сроки.

2–й Этап. Сбор и предоставление данных

Руководитель МО организует сбор данных по утвержденным показателям. На данном этапе проводятся мероприятия по заполнению типовой формы регламента (ТФР) в соответствии с данными первичных документов, включая данные бухгалтерской отчетности, данные о посещаемости, заболеваемости и доступности медицинской помощи, результаты анкетирования пациентов для расчета оценочных показателей в соответствии с единой системой измерения оценочных показателей. Внесение первичных данных в ТФР осуществляется из источников, рекомендованных Методикой и в порядке, определенным в соответствующем разделе методики РЭ.

Ввод первичных данных при использовании данных из АСОИУ осуществляется в течение 15 календарных дней с даты окончания отчетного периода. Ввод первичных данных при использовании данных из официальных форм отчетности (бухгалтерской, статистической) осуществляется в течение 30 календарных дней с даты окончания отчетного периода.

Заполненная ТФР предоставляется в орган управления здравоохранением и руководителю МО, или уполномоченному лицу.

3–й Этап. Расчет оценочных показателей

Расчет КПЭ и интегральных индексов для построения рейтинга происходит в соответствии с формулами расчета, указанными в соответствующих разделах методики РЭ в автоматическом режиме на базе АСОИУ.

4–й Этап. Анализ результатов

Руководитель и/или уполномоченные лица МО анализируют результаты на основе данных типовой формы Методики, выявляя слабые и сильные стороны деятельности организации:

– во–первых посредством оценки достижения нормативных критериев оценки (НКО) по каждому показателю за отчетный период. Уровень достижения

НКО определяется автоматически в соответствии с таблицей НКО, приведенной в методике РЭ.

– во–вторых, посредством анализа достигнутых значений показателей в сравнении с уровнем НКО, на основании которого определяются возможности достижения более высокого уровня с учетом внутренних резервов или использования дополнительных ресурсов.

5–й этап. Разработка мероприятий по улучшению результатов и принятие управленческих решений по их реализации

Исходя из результатов анализа, в ходе которого устанавливаются причины недостаточной обеспеченности ресурсами, неудовлетворительным управлением финансовыми ресурсами или неудовлетворительной организацией доступности медицинской помощи для населения разрабатываются меры по улучшению ситуации, реализация которых может привести к повышению значений интегральных индексов.

3.1.4. Периодичность оценки и оформление результатов

Период проведения оценочного процесса связан со сроком оформления отчетности о финансово–хозяйственной и медицинской деятельности МО, исходя из законодательно утвержденных сроков подготовки бухгалтерской и статистической отчетности (ежемесячная, квартальная, годовая). Оценка по итогам отчетного года проводится ежегодно в течение первого квартала года, следующего за отчётным периодом. Оценка по итогам отчетного квартала проводится не позднее 20 числа месяца, следующего за месяцем отчетного квартала. Ежемесячная оценка проводится не позднее 20 числа следующего месяца.

Оформление результатов рейтинга и направление результатов в МО осуществляется в течение 30–45 календарных дней с даты окончания отчетного периода в зависимости от использованного источника информации первичных данных.

Отчет МО о мерах (управленческих решениях), принимаемых в целях улучшения организации финансово–хозяйственной и медицинской деятельности, формируется в течение 60 календарных дней с даты окончания отчетного периода и доводится до сведения органа управления здравоохранением.

Предложения и обоснования МО в части обеспечения дополнительными ресурсами и/или потребности изменения отдельных организационных процедур, не относящиеся к компетенции МО, направляются в орган управления здравоохранением в течение 90 календарных дней с даты окончания отчетного периода.

3.1.5. Заключительные положения

Мониторинг соблюдения настоящего регламента осуществляется органами управления здравоохранением. Ежегодно проводится актуализация регламента с учётом накопленного опыта и изменений в законодательстве. Пересмотренные версии регламента утверждаются соответствующим органом власти.

3.2. Экспериментальное тестирование методики рейтинга

Методикой РЭ предусмотрено использование 41 оценочного показателя (Приложение1). В период 2023–2024 гг. в рамках тестирования изучалась возможность практического использования источников информации, предусмотренных методикой РЭ, необходимых для расчета значений показателей по каждой МО с целью построения рейтинга. В результате, чтобы избежать искажения результатов тестирования, было принято решение не принимать во внимание данные 2020 года из–за влияния пандемии COVID–19. Исключение данных 2020 года помогает минимизировать влияние внешних факторов и обеспечивает более точные и надежные результаты. Экспериментальное тестирование методики РЭ осуществлялось в несколько этапов:

I этап – Сбор, обработка и определение достоверности данных МО, необходимых для расчета значений показателей на основании следующих источников информации:

1. Данные статистической отчетности, полученные в режиме корпоративного доступа[336],[337],[338]:

– форма федерального статистического наблюдения № 30 «Сведения о медицинской организации» утверждена приказом Росстата от 29.11.2024 № 594[339];

– форма федерального статистического наблюдения № 14–дс «Сведения о деятельности дневных стационаров лечебного–профилактического учреждения» утверждена приказом Росстата от 30.12.2002 № 413[340];

– форма федерального статистического наблюдения № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации» утверждена приказом Росстата от 13.11.2024 № 543[341];

– форма федерального статистического наблюдения № ЗП–здрав «Сведения о численности и оплате труда работников сферы здравоохранения по категориям персонала» утверждена приказом Росстата от 31.07.2024 № 338[342];

– форма отраслевой статистической отчетности № 131/о «Сведения о проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» утверждена приказом Минздрава России от 10.11.2020 № 1207н[343].

---

[336] Сборник «Показатели эффективности использования ресурсов здравоохранения города Москвы в разрезе административных округов за 2019–2023 годы». Режим доступа: https://niioz.ru/upload/iblock/d5d/d5d55addcf56869b22f7edb422f19822.jpg в режиме корпоративного доступа.

[337] Сборник «Показатели эффективности использования ресурсов здравоохранения города Москвы в разрезе административных округов за 2018–2022 годы». Режим доступа: https://niioz.ru/upload/iblock/586/58677af59158138ae5d6e110da383f8b.pdf в режиме корпоративного доступа.

[338] Сборник «Показатели эффективности использования ресурсов здравоохранения города Москвы в разрезе административных округов за 2016–2020 гг.». Режим доступа: https://niioz.ru/moskovskaya–meditsina/izdaniya–nii/sborniki/pokazateli–effektivnosti–ispolzovaniya–resursov–zdravookhraneniya–goroda–moskvy–v–razreze–administra/в режиме корпоративного доступа.

[339] Приказ Росстата от 29.11.2024 № 594 «Об утверждении формы федерального статистического наблюдения № 30 «Сведения о медицинской организации» и указаний по ее заполнению».

[340] Приказ Минздрава РФ от 30.12.2002 № 413 «Об утверждении учетной и отчетной медицинской документации».

[341] Приказ Росстата от 13.11.2024 № 543 «Об утверждении формы федерального статистического наблюдения с указаниями по ее заполнению для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья».

[342] Приказ Росстата от 31.07.2024 № 338 «Об утверждении форм федерального статистического наблюдения для организации федерального статистического наблюдения за численностью и оплатой труда работников организаций, кадров государственной гражданской и муниципальной службы, условиями труда, движением работников, занятостью населения, численностью и потребностью организаций в работниках по профессиональным группам, численностью и заработной платой работников по категориям в организациях социальной сферы и науки».

[343] Приказ Минздрава России от 10.11.2020 № 1207н «Об утверждении учетной формы медицинской документации № 131/у «Карта учета профилактического медицинского осмотра (диспансеризации)», порядка ее ведения и формы

2. Данные годовой бюджетной отчетности медицинских организаций за 2019–2023 гг. из системы бухгалтерского учета Департамента здравоохранения города Москвы Парус Бюджет 8 полученные в режиме корпоративного доступа:

– форма 0503737 «Отчет об исполнении учреждением плана его финансово–хозяйственной деятельности»;

– форма 0503730 «Баланс государственного (муниципального) учреждения».

3. Данные Росстата о размере средней зарплаты врачей и работников медицинских организаций за 2016–2023 гг. Данные доступны на официальном сайте Федеральной службы государственной статистики[344].

4. Данные ЕМИАС о доступности медицинской помощи и управлении материальным обеспечением, полученные в режиме корпоративного доступа.

5. Данные мониторинга по показателям смертности взрослого населения утверждены приказом ДЗМ от 25.12.2017 №923, полученные в режиме корпоративного доступа [345].

6. Данные отчетов по форме СКУР утверждены приказом ДЗМ от 12.09.2018 г. № 631[346], полученные в режиме корпоративного доступа.

7. Результаты анкетирования и/или социологических опросов, полученные в рамках выполнения НИР.

Данные п.2–7 являются неотъемлемой частью отчетов о НИР[347].

отраслевой статистической отчетности № 131/о "Сведения о проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения", порядка ее заполнения и сроков представления».

[344] Росстат. Информационно–аналитические материалы Сведения по заработной плате работников в организациях по категориям персонала и профессиональным группам. Режим доступа: https://rosstat.gov.ru/compendium/document/60671.

[345] Приказ ДЗМ от 25.12.2017 г. № 923 «Об организации мониторинга эффективности мероприятий по снижению уровня смертности, проводимых в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих первичную медико–санитарную помощь взрослому населению».

[346] Приказ ДЗМ от 12.09.2018 г. № 631 «О внедрении Стандарта качества управления ресурсами в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы».

[347] Эффективное управление ресурсами столичного здравоохранения. научно–методическая и прогнозная оценка ресурсов в системе здравоохранения и влияние их достаточности на эффективность деятельности медицинских организаций. Отчет о НИР/НИОКР. Заключительный этап,3, 2023. Номер государственной регистрации: АААА–А20–120042490033–0. Режим доступа: корпоративный доступ.

II этап – Определение рисков при расчете значений оценочных показателей для их практического использования при ранжировании МО, которые оценивались исходя из:

– необходимости рассчитывать значение числителя (знаменателя) с учетом суммирования/вычитания множества данных (например, данные о количестве штатных должностей врачей разных специальностей и др.);

– необходимости сбора однотипных данных для расчета значения числителя (знаменателя) из отчетов за разные отчетные периоды (например, рассчитать годовое значение показателя на основе квартальных отчетов в ЕМИАС и др.);

– проверки достоверности отчетных данных, представленных МО с утвержденными формами отчетности.

III этап – Формирование сводных таблиц для расчета значений показателей.

На этапе сбора, обработки и оценки достоверности данных был выполнен пересмотр первоначального набора показателей с использованием методов, гарантирующих объективность, достоверность и соответствие выбранных показателей. Для адаптации стартового набора показателей (СНП) и формирования окончательного набора оценочных показателей (НОП) использовались следующие научные методы:

1. Метод экспертных оценок

В результате проведения опроса среди экспертов в области здравоохранения и руководителей медицинских организаций по вопросу целесообразности использования показателей, источников информации и возможности представления первичных данных МО, необходимых для расчета показателей в целях их включения в набор показателей для РЭ, эксперты высказали замечания, которые были разделены на две категории:

– методические замечания – касаются целесообразности применения отдельных показателей, их способности адекватно оценивать деятельность МО;

– технические замечания – касаются формул расчета, источников данных и ограничений, связанных с получением достоверной информации.

2. Эксплораторный и конфирматорный факторный анализ.

Для установления релевантных и значимых показателей СНП с помощью эксплораторного и конфирматорного факторного анализа с учетом экспертного мнения был сформирован итоговый набор оценочных показателей (НОП), характеризующих четыре области оценки.

3. Метод исключения субъективных и недостоверных показателей

С целью обеспечения достоверности и объективности данных из НОП были исключены показатели, основанные на субъективных данных (например, результаты анкетирования пациентов), из–за сложности и дороговизны их сбора и показатели, данные для которых собираются из регистров первичного учета МО, не входящих в официальную бухгалтерскую и статистическую отчетность. В область «Качество управления ресурсами» включены только показатели, характеризующие качество управления финансовыми ресурсами, данные для которых собираются из достоверных источников (бухгалтерская и статистическая отчетность).

4. Оптимизация областей оценки

Для упрощения и повышения точности оценки области III «Качество управления процессами доступности медицинской помощи в амбулаторных условиях»; IV «Качество управления результатами» объединены в одну. Итоговая группировка областей оценки включает три области: A – обеспеченность ресурсами, B – качество управления финансовыми ресурсами и C – доступность и результат.

Примененный итоговый НОП основан на данных, которые не подвержены значительным искажениям из–за внешних факторов, и включает 16 оценочных показателей, характеризующих три области оценки (приложение 3). Для расчета показателей использовались определенные веса (таблица16).

Таблица 16 – Перечень НОП и их вес в разрезе областей оценки

№	Область измерения/Наименование показателя, ед. изм.	Вес
	Область А – Показатели обеспеченности ресурсами	**1,0**
1	Доходы МО в расчете на одного прикрепленного гражданина, руб./чел.	0,4
2	Обеспеченность врачами терапевтического профиля (ВОП, терапевт) в расчете на 10 тыс. численности прикрепленного населения, чел./10 тыс. нас.	0,25

3	Укомплектованность медицинской организации врачами - специалистами (оториноларинголог, офтальмолог, уролог, хирург, кардиолог, невролог, эндокринолог), %	0,25
4	Доля врачей с высшей и первой квалификационными категориями /звание московский врач /ученая степень в общей численности врачей, %	0,1
	Область В – Показатели качества управления финансовыми ресурсами	**1,0**
5	Отношение суммы доходов с учетом остатков на начало отчетного периода к произведенным расходам, %	0,25
6	Удельный вес немедицинских расходов в общих расходах медицинской организации, %	0,2
7	Удельный вес фонда оплаты труда медицинского персонала, % (без внешних совместителей)	0,25
8	Отношение уровня начисленной среднемесячной заработной платы врачей к уровню среднемесячной начисленной заработной платы работников в регионе, %	0,15
9	Отношение уровня начисленной среднемесячной заработной платы среднего медицинского персонала к уровню среднемесячной начисленной заработной платы работников в регионе, %	0,15
	Область С– Показатели качества управления доступностью и результатом	**1,0**
10	Необеспеченность или доля пациентов в «красной зоне» (включая нереализованный спрос) по самозаписи к врачам–терапевтам (участковым/ВОП) (на четвертый день и позднее) за отчетный период, %	0,25
11	Доля пациентов со временем ожидания приема врача–терапевта участкового/ВОП в «красной зоне» (более 20 минут) за отчетный период, %	0,1
12	Доля пациентов с недопустимым временем ожидания приема дежурного врача (60 минут), %	0,05
13	Доля состоявшихся приемов дежурного врача в общем количестве пациентов, зарегистрированных в электронной очереди, %	0,05
14	Необеспеченность или доля пациентов в «красной зоне» (включая нереализованный спрос) по самозаписи к врачам специалистам, к которым разрешена самостоятельная запись на прием (на восьмой день), %	0,2
15	Необеспеченность или доля пациентов в «красной зоне» (включая нереализованный спрос) к врачам специалистам, к которым не разрешена самостоятельная запись на прием (на одиннадцатый день), %	0,2
16	Доля посещений с профилактической и иными целями в общем количестве посещений, %	0,15

Источник: составлено автором

Расчет оптимальных значений показателей для каждого уровня НКО осуществлялся в соответствии с Методикой в типовой форме Excel (приложение 4), что позволило определить оптимальные значения интегральных оценок по оценочным областям с учетом уровня достижения нормативного критерия оценки (таблица 17).

Таблица 17 – Оптимальные значения интегральных оценок по областям оценки в зависимости от уровня достижения НКО

Область оценки	Уровень НКО 1	Уровень НКО 2	Уровень НКО 3	Уровень НКО 4
Обеспеченность ресурсами (А)	2,0	3,0	4,0	5,0
Управление финансовыми ресурсами (В)	1,8	2,8	3,8	4,8
Результативность (С)	1,2	2,2	3,2	4,2

Источник: составлено и рассчитано автором

В целях оценки качества управленческих решений предлагается использовать такой инструмент как матрица оптимальных значений индекса эффективности ($I_{еопт}$) в зависимости от достигнутого уровня НКО – Матрица эффективности (таблица 18).

Таблица 18 – Матрица оценки управленческих решений на базе индекса эффективности I_e

Уровень НКО	Область С	уровень НКО 1	уровень НКО 2	уровень НКО 3	уровень НКО 4
Область А	$I_{еопт}$	**1,2**	**2,2**	**3,2**	**4,2**
уровень НКО 1	**2,0**	**0,600**	1,100	1,600	2,100
уровень НКО 2	**3,0**	0,400	**0,733**	1,067	1,400
уровень НКО 3	**4,0**	0,300	0,550	**0,800**	1,050
уровень НКО 4	**5,0**	0,240	0,440	0,640	**0,840**

Источник: составлено и рассчитано автором

Матрица индекса эффективности представляет собой таблицу значений $I_{еопт}$, которые рассчитываются как отношение двух оптимальных значений интегральных оценок: результативности (I_{Ac}) и обеспеченности ресурсами (I_{Aa}).

Матрица имеет размерность 4х4, где строки соответствуют уровням НКО в области А (обеспеченность ресурсами), а столбцы — уровням НКО в области С (результативность). Каждая ячейка матрицы содержит оптимальное значение индекса эффективности $I_{еопт}$, которое рассчитывается по формуле:

$$I_{еопт}=I_{оптAc}/I_{оптAa} \quad (12)$$

где,

$I_{оптAc}$ – оптимальное значение интегральной оценки результативности;

$I_{оптAa}$ – оптимальное значение интегральной оценки обеспеченности ресурсами.

Значения $I_{еопт}$ зависят от соотношения уровней НКО в областях А и С. Например, при уровне НКО 1 в области А ($I_{оптАа}$=2,0) и уровне НКО 1 в области С ($I_{оптАс}$=1,2) $I_{еопт}$=2,0/1,2=0,600. При уровне НКО 4 в области А ($I_{оптАа}$=5,0) и уровне НКО 4 в области С ($I_{оптАс}$=4,2) $I_{еопт}$=5,0/4,2=0,840.

Матрица эффективности позволяет определить уровень качества принятия управленческих решений, демонстрируя насколько эффективно используются ресурсы для достижения результатов в зависимости от уровня достижения НКО. Оптимальными считаются решения при достижении значения индекса эффективности $I_{еопт}$, расположенные по диагонали. Наиболее эффективными являются управленческие решения, в случае если уровень достижения по области С выше, чем по области А (значения $I_{еопт}$ выше диагонали матрицы) и недостаточно эффективными в случае если уровень достижения по области С ниже, чем по области А (значения $I_{еопт}$ ниже диагонали матрицы). При фиксированном уровне НКО в области А (обеспеченность ресурсами), увеличение уровня НКО в области С (результативность) приводит к увеличению значения $I_{еопт}$. Это показывает, что при одинаковой обеспеченности ресурсами, увеличение результативности приводит к росту эффективности использования ресурсов. При фиксированном уровне НКО в области С (результативность), увеличение уровня НКО в области А (обеспеченность ресурсами) приводит к уменьшению значения $I_{еопт}$. Это указывает на то, что при одинаковой результативности, увеличение обеспеченности ресурсами снижает эффективность их использования.

На основе первичных данных 45 медицинских организаций, оказывающих взрослому населению первичную медико–санитарную помощь, подведомственных Департаменту здравоохранения г. Москвы, рассчитаны значения показателей и балльных оценок, что позволило ранжировать МО по индексу эффективности $I_е$. Результаты ранжирования, основанные на данных одного из отчетных периодов, представлены в таблице 19, где выделены по 5 МО с наибольшими, средними и наименьшими значениями (полная версия рейтинга представлена в приложении 5).

Таблица 19 – Результаты ранжирования МО по значению I_e

№	Место в рейтинге	МО	I_e	Область С		Область А	
				I_c	Уровень НКО	I_a	Уровень НКО
Группа 1 (лидеры)							
1	1	МО 27	1,582	3,87	3	2,45	1
2	2	МО 18	1,576	3,69	3	2,34	1
3	3	МО 5	1,556	4,01	3	2,58	1
4	4	МО 36	1,372	3,50	3	2,55	1
5	5	МО 30	1,336	3,47	3	2,59	1
Группа 2 (средняя)							
6	16	МО 21	0,964	3,83	3	3,97	2
7	17	МО 35	0,964	3,08	2	3,20	2
8	18	МО 2	0,960	3,54	3	3,68	2
9	19	МО 26	0,955	3,67	3	3,84	2
10	20	МО 20	0,921	3,07	2	3,33	2
Группа 3 (аутсайдеры)							
11	41	МО 42	0,475	1,76	1	3,70	2
12	42	МО 34	0,450	1,57	1	3,48	2
13	43	МО 19	0,436	1,85	1	4,25	3
14	44	МО 39	0,345	1,34	1	3,89	2
15	45	МО 37	0,272	1,05	0	3,84	2

Источник: составлено и рассчитано автором

Анализ данных МО – лидеров путем сопоставления полученных значений I_e с оптимальными показывает, что эти значения находятся в верхней части Матрицы индекса эффективности, указывая на высокое качество принятых управленческих решений. Сопоставление достигнутых уровней НКО по областям оценки показывает, что МО – лидеры при достаточно низкой обеспеченности ресурсами (уровень НКО по области А=1) смогли достигнуть высокого уровня (уровень НКО по области С= 3) доступности пациентов к медицинской помощи.

В МО из группы аутсайдеров отмечена обратная ситуация, при которой обеспеченность ресурсами находится на 2 или 3 уровне, но качество организации доступности медицинской помощи находится на уровне 1 или 0. Такой результат соответствует положению значения I_e в матрице эффективности ниже диагонали, указывая на низкое качество принятых управленческих решений.

В средней группе МО уровень доступности медицинской помощи достаточно высокий (уровень НКО по области С= 2 или 3), при этом уровень обеспеченности ресурсами выше, чем в группе МО–лидеров (уровень НКО=2), что соответствует

положению значения I_e в матрице эффективности выше диагонали и близкому к ней, указывая на высокое качество принятых управленческих решений.

Аналогично с помощью матричного метода оценивалось качество принятия управленческих решений по дополнительным индикаторам– оптимальная интегральная оценка эффективности $I_{e1опт}$, которая учитывает не только обеспеченность финансовыми ресурсами, но и качество управления ими, и оптимальная интегральная оценка эффективности $I_{e2опт,}$ которая позволяет оценить качество управления финансовыми ресурсами относительно их обеспеченности (таблицы 20,22).

Таблица 20 – Матрица оценки управленческих решений на базе индекса эффективности $I_{e1опт}$

	Область С	уровень НКО 1	уровень НКО 2	уровень НКО 3	уровень НКО 4
Область А+ В	$I_{e1опт}$	**1,2**	**2,2**	**3,2**	**4,2**
уровень НКО 1	**3,8**	**0,316**	0,579	0,842	1,105
уровень НКО 2	**5,8**	0,207	**0,379**	0,552	0,724
уровень НКО 3	**7,8**	0,154	0,282	**0,410**	0,538
уровень НКО 4	**9,8**	0,122	0,224	0,327	**0,429**

Источник: составлено и рассчитано автором

Результаты ранжирования МО по индексу эффективности I_{e1} на примере данных за один из отчетных периодов, представлены в таблице 21 (полная версия рейтинга представлена в приложении 6).

Таблица 21 – Результаты ранжирования МО по значению I_{e1}

№	М	МО	I_{e1}	I_c	Уровень НКО	$I_{а+в}$	Уровень НКО
Группа 1 (лидеры)							
1	1	МО 18	0,930	3,69	3	3,97	1
2	2	МО 9	0,906	4,29	4	4,74	1
3	3	МО 5	0,791	4,01	3	5,07	1
4	4	МО 27	0,771	3,87	3	5,03	1
5	5	МО 45	0,749	3,72	3	4,97	1
Группа 2 (аутсайдеры)							
6	41	МО 14	0,336	1,83	1	5,45	1
7	42	МО 34	0,336	1,57	1	4,66	1
8	43	МО 19	0,313	1,85	1	5,91	2
9	44	МО 39	0,258	1,34	1	5,20	1
10	45	МО 37	0,198	1,05	0	5,27	1

Источник: составлено и рассчитано автором

Результаты, представленные в таблице 21 подтверждают лидерство 3 МО (МО18, МО5 и МО27), которые сохранили свои позиции в пятерке лучших и при ранжировании по дополнительному индексу $I_{e1,}$ что свидетельствует о стабильно эффективном управлении в этих МО. При этом 4 МО, находящиеся в группе аутсайдеров, не смогли улучшить свои позиции по сравнению с ранжированием по основному индексу I_e, несмотря на то, что их позиции при ранжировании по второму дополнительному индексу I_{e2} находятся выше аутсайдерских позиций.

Матрица оценки управленческих решений на базе оптимального значения второго дополнительного индекса эффективности $I_{e2опт}$ представлена в таблице 22, а результаты ранжирования МО по индексу эффективности I_{e2} на примере данных за один из отчетных годов, представлены в таблице 23 (полная версия рейтинга представлена в приложении 7).

Таблица 22 – Матрица оценки управленческих решений на базе $I_{e2опт}$

	Область В	уровень НКО 1	уровень НКО 2	уровень НКО 3	уровень НКО 4
Область А	$I_{e2опт}$	**1,8**	**2,8**	**3,8**	**4,8**
уровень НКО 1	**2,0**	**0,900**	1,400	1,900	2,400
уровень НКО 2	**3,0**	0,600	**0,933**	1,267	1,600
уровень НКО 3	**4,0**	0,450	0,700	**0,950**	1,200
уровень НКО 4	**5,0**	0,360	0,560	0,760	**0,960**

Источник: составлено и рассчитано автором

Таблица 23 – Результаты ранжирования МО по значению I_{e2} на примере данных одного из отчетных годов

№	М	МО	I_{e2}	$I_в$	Уровень НКО	$I_а$	Уровень НКО
Группа 1 (лидеры)							
1	1	МО 30	1,098	2,85	2	2,59	1
2	2	МО 36	1,073	2,73	1	2,55	1
3	3	МО 27	1,053	2,58	1	2,45	1
4	4	МО 5	0,967	2,49	1	2,58	1
5	5	МО 3	0,814	1,88	1	2,31	1
Группа 2 (аутсайдеры)							
6	41	МО 15	0,306	1,26	0	4,13	3
7	42	МО 43	0,286	1,35	0	4,70	3
8	43	МО 23	0,277	1,18	0	4,26	3
9	44	МО 1	0,267	1,16	0	4,34	3
10	45	МО 33	0,233	0,81	0	3,49	2

Источник: составлено и рассчитано автором

Сравнение результатов в таблицах 19 и 23 показывает, что в пятерке лидеров 4 МО (МО30, МО36, МО27 и МО5) сохранили свои позиции. Это может свидетельствовать о том, что эффективность принятия управленческих решений при ограниченных финансовых ресурсах в этих МО находится на максимально возможном высоком уровне. Одновременно можно отметить низкое качество управления финансовыми ресурсами в МО из группы 2 (таблица 23), у которых несмотря на высокую обеспеченность ресурсами (уровень НКО по области А= 2 или 3), качество управления финансовыми ресурсами (уровень НКО по области В =0) находится на минимальном уровне.

Для более глубокого анализа данных в ходе апробации был выполнен расчет средних, минимальных и максимальных значений интегральных оценок по каждой области ($I_а$, $I_в$, $I_с$) для 45 МО (таблица 24) за период 2019–2023 гг.

Таблица 24 – Среднее, максимальное и минимальное значение интегральных оценок $I_а$, $I_в$, $I_с$, в баллах

Уровень/Год	$I_а$		$I_в$	$I_с$	$I_{а+}$ $I_{в+}$ $I_с$
Оптимальное значение					
1 уровень	2,0		1,8	1,2	5,0
2 уровень	3,0		2,8	2,2	8,0
3 уровень	4,0		3,8	3,2	11,0
4 уровень	5,0		4,8	4,2	14,0
Среднее значение					
2019	3,24		2,01	2,88	7,74
2021	3,19		1,79	1,70	6,68
2022	3,15		1,49	2,01	6,66
2023	3,55		1,79	3,13	8,46
Максимальное значение					
2019	4,64		3,78	4,69	12,19
2021	4,65		3,64	3,66	11,25
2022	4,99		2,90	4,52	11,33
2023	5,10		3,10	4,55	11,91
Минимальное значение					
2019	0,95		0,85	0,96	4,41
2021	1,92		0,81	0,38	4,16
2022	1,69		0,54	0,57	3,61
2023	2,31		0,81	1,05	6,12

Источник: составлено и рассчитано автором

Среднее значение интегральной оценки по каждой области показывает общий уровень достижений в этой области. Оно позволяет оценить, насколько в среднем медицинские организации соответствуют нормативным критериям. Минимальное или максимальное значение показывает наихудший или наилучший результат среди всех организаций в данной области. Это может указывать на наличие организаций, которые значительно отстают или превосходят остальных по обеспеченности ресурсами, управлению финансами или результативности.

По результатам расчетов была сформирована сводная таблица расчетных оптимальных (эталонных), средних, максимальных и минимальных значений основного и двух дополнительных индексов эффективности, которая позволяет МО сравнивать свои фактические достижения с расчетными значениями для определения уровня качества принятия управленческих решений (таблиц 25).

Таблица 25 – Сводная таблица значений индексов эффективности I_e, I_{e1} и I_{e2} по 45 МО за период 2019–2023 гг.

Уровень/Год	I_e	I_{e1}	I_{e2}
Оптимальное значение			
1 уровень НКО	0,600	0,316	0,900
2 уровень НКО	0,733	0,379	0,933
3 уровень НКО	0,800	0,410	0,950
4 уровень НКО	0,840	0,429	0,960
Среднее значение			
2019	1,056	0,595	0,758
2021	0,537	0,341	0,570
2022	0,652	0,426	0,501
2023	0,919	0,592	0,534
Максимальное значение			
2019	2,221	0,967	2,095
2021	1,106	0,667	1,307
2022	1,518	0,913	1,257
2023	1,582	0,930	1,098
Минимальное значение			
2019	0,435	0,250	0,245
2021	0,153	0,102	0,266
2022	0,179	0,121	0,165
2023	0,272	0,198	0,233

Источник: составлено и рассчитано автором

3.3. Анализ результатов тестирования для обоснования управленческих решений

Результаты экспериментального тестирования позволили провести анализ изменений значений индексов эффективности и интегральных оценок МО в период 2019–2023 г. с учетом принимаемых управленческих решений, в том числе под влиянием внешних факторов (пандемия «COVID–19»).

Динамика средних значений интегральных оценок по областям А, В и С за период 2019–2023 гг. позволяет выявить тенденции изменения и объяснить возможные причины сложившихся изменений (рис. 21).

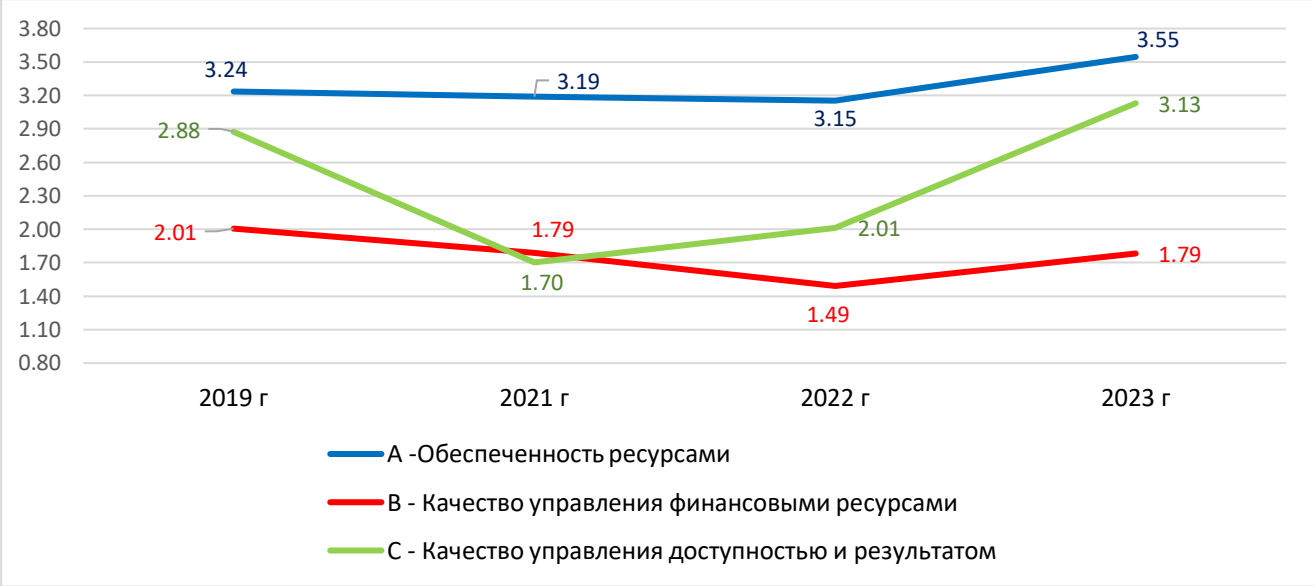


Рис. 21 – Динамика средних значений интегральных оценок

Источник: Составлено автором

Диаграмма, представленная на рис. 21 позволяет утверждать, что на 2021 и 2022 годы выпали минимальные значения интегральной оценки I_c, что связано с распространением коронавирусной инфекции COVID–19, и вследствие этого принят ряд управленческих решений, ограничивающих доступность населения к амбулаторной медицинской помощи непосредственно в МО, увеличения возможности ее оказания на дому или в случае необходимости в стационарных условиях. При этом обеспеченность ресурсами практически не менялась, хотя потребовалось принятие ряда организационных решений, отразившееся на

качестве управления финансовыми ресурсами, которое в 2021–2022 гг. оказалось ниже, чем было в 2019 г., но вновь начало расти в 2023 г.

3.3.1. Анализ результатов на уровне органа управления в сфере здравоохранения

Органы управления в сфере здравоохранения имеют возможность анализировать значения интегральных оценок по всем областям оценки, разделяя МО на группы в зависимости от достигнутого уровня нормативных критериев оценки с детализацией значений по каждому показателю. Показатели из области А (обеспеченность ресурсами) в значительной степени зависят от действий органов управления здравоохранением, так как в их компетенции находятся решения по утверждению величины подушевого норматива финансового обеспечения медицинских организаций за счет средств обязательного медицинского страхования и определения норм кадрового обеспечения МО.

Анализируя данные по выбранным показателям из области А за период 2019–2023 гг. можно выявить тенденцию изменения числа МО, которые достигли того или иного уровня НКО (таблица 26).

Таблица 26 – Число МО, достигших установленного уровня НКО по области А в 2019 г. и в 2021–2023 гг.

Уровень НКО	Значение НКО	2019 г	2021 г	2022 г	2023 г
Доходы МО в расчете на одного прикрепленного гражданина, руб./чел.					
0 уровень	< 5000	2	0	1	0
1 уровень	≥ 5000	19	7	9	2
2 уровень	≥ 6000	15	27	25	13
3 уровень	≥ 7000	3	8	6	21
4 уровень	≥ 8000	6	3	4	9
Обеспеченность врачами терапевтического профиля (ВОП, терапевт) в расчете на 10 тыс. прикрепленного населения, чел./10 тыс. нас.					
0 уровень	< 5,5	10	0	1	2
1 уровень	≥ 5,5	17	3	4	8
2 уровень	≥ 6,0	11	6	7	9
3 уровень	≥ 6,5	5	6	13	7
4 уровень	≥ 7,0	2	30	20	19
Укомплектованность (число занятых должностей к числу штатных должностей) медицинской организации врачами специалистами (1 уровень: оториноларинголог, офтальмолог, уролог, хирург и 2 уровень: кардиолог, невролог, эндокринолог), %					

0 уровень	< 80,0	3	17	12	6
1 уровень	≥ 80,0	7	10	9	6
2 уровень	≥ 85,0	14	10	11	7
3 уровень	≥ 90,0	16	8	9	17
4 уровень	≥ 95,0	5	0	4	9

Источник: составлено и рассчитано автором

В таблице 26 представлено распределение МО в зависимости от уровня достижения НКО по трем ключевым показателям области измерения А. Данное распределение иллюстрирует количество МО, которые недостаточно укомплектованы ресурсами в каждом из рассматриваемых временных периодов. Наиболее значительный прогресс в интервале с 2019 по 2023 год наблюдается по показателю «Доходы МО в расчете на одного прикрепленного гражданина». В частности, в 2023 году не зафиксировано МО, находящихся ниже 1 уровня, при этом 30 из 45 МО достигли 3 или 4 уровня НКО.

Хотя показатели обеспеченности врачами демонстрируют тенденцию к улучшению, данные свидетельствуют о том, что принятых мер недостаточно для кардинального изменения ситуации во всех МО:

– значение показателя «Обеспеченность врачами терапевтического профиля (ВОП, терапевт) в расчете на 10 тыс. численности прикрепленного населения» в основном улучшились, так, как только в 2 МО в 2023 г. показатель ниже 1 уровня, а в 26 из 45 МО достигнут 3 или 4 уровень НКО. Высокое значение данного показателя в большинстве МО в 2021–2022 гг. объясняется значительным увеличением численности врачей терапевтического профиля в связи с пандемией «COVID–19»;

– значение показателя «Укомплектованность (число занятых должностей к числу штатных должностей) медицинской организации врачами – специалистами (1 уровень: оториноларинголог, офтальмолог, уролог, хирург и 2 уровень: кардиолог, невролог, эндокринолог)» в 2023 г. по сравнению с 2019 г. изменились незначительно, хотя в 2021–2022 гг. обеспеченность была хуже, что также связано с влиянием «COVID–19». В 2019 г. обеспечение врачами – специалистами на уровне НКО от 0 до 1 наблюдалось в 10 МО, а в 2023 г. в 12 МО, что

свидетельствует о необходимости принятия корректирующих управленческих решений для улучшения ситуации.

Показатели области В (качество управления финансовыми ресурсами) в определенной мере зависят от показателей обеспеченности ресурсами. Так, например, высокие значения по показателям уровня заработной платы врачей и среднего медицинского персонала находятся в прямой зависимости от доходов МО (в отдельные годы наблюдается умеренная прямая корреляционная связь).

Анализ данных по выбранным показателям из области В по итогам 2019–2023 гг. представлен в таблице 27.

Таблица 27 – Число МО, достигших установленного уровня НКО по области В в 2019 г. и в 2021–2023 гг.

Уровень НКО	Значение НКО	2019 г	2021 г	2022 г	2023 г
Отношение суммы доходов с учетом остатков на начало отчетного периода к произведенным расходам, %					
0 уровень	< 108,0	3	2	1	1
1 уровень	≥ 108,0	13	24	19	13
2 уровень	≥ 115,0	19	12	19	15
3 уровень	≥ 125,0	5	3	3	9
4 уровень	≥ 135,0	5	4	3	7
Удельный вес немедицинских расходов в общих расходах медицинской организации, %					
0 уровень	> 25,0	13	8	22	20
1 уровень	≤ 25,0	8	11	13	19
2 уровень	≤ 21,0	7	6	9	5
3 уровень	≤ 18,0	5	4	0	1
4 уровень	≤ 15	12	16	1	0
Удельный вес фонда оплаты труда медицинского персонала в общем фонде оплаты труда работников МО, %					
0 уровень	< 75,0	4	4	4	4
1 уровень	≥ 75,0	4	9	6	8
2 уровень	≥ 80,0	24	22	21	18
3 уровень	≥ 85,0	12	10	14	14
4 уровень	≥ 90,0	1	0	0	1
Отношение уровня начисленной среднемесячной заработной платы врачей к уровню среднемесячной начисленной заработной платы работников в регионе, %					
0 уровень	< 190,0	5	27	16	2
1 уровень	≥ 190,0	14	8	8	16
2 уровень	≥ 200,0	8	5	16	11
3 уровень	≥ 210,0	10	2	4	14
4 уровень	≥ 230,0	8	3	1	2
Отношение уровня начисленной среднемесячной заработной платы среднего медицинского персонала к уровню среднемесячной начисленной заработной платы работников в регионе, %					

0 уровень	< 90,0	4	8	24	9
1 уровень	≥ 90,0	22	18	12	21
2 уровень	≥ 100,0	12	11	5	8
3 уровень	≥ 110,0	5	5	2	4
4 уровень	≥ 130,0	2	3	2	3

Источник: составлено и рассчитано автором

Анализ изменений количества МО, улучшивших качество управления финансовыми ресурсами по показателям области В, следует разделить на два временных лага: анализ значений 2023 г. по сравнению с 2019 г. и анализ значений 2023 г. по сравнению с 2021–2022 гг.

По сравнению с 2019 г. в 2023 г. распределение количества МО по уровню достижения НКО изменилось незначительно по всем показателям за исключением показателя «Удельный вес немедицинских расходов в общих расходах медицинской организации». Это, прежде всего, связано с тем, что в первичных данных по данному показателю в 2019 г. в отдельных МО мог быть не учтен ряд затрат, относящихся к немедицинским расходам, в связи с отсутствием методики классификации немедицинских расходов. В 2022–2023 гг. для расчета немедицинских расходов использованы данные из системы бухгалтерского учета Департамента здравоохранения города Москвы Парус Бюджет 8, что определило единый подход к расчету значения показателя и повысило достоверность и объективность первичных данных. Во–вторых, к 2023 г. была практически завершена реконструкция зданий МО и как показала практика, объем немедицинских расходов, связанных с обслуживанием обновленных объектов, реально увеличился в сравнении с двумя рассматриваемыми временными лагами.

Сравнение распределения количества МО по уровням достижения НКО в 2023 г. с 2021–2022 гг. по остальным показателям показывает некоторое их улучшение, обусловленное ростом доходов МО. Так, у большего количества МО увеличилась сумма остатка финансовых средств на начало отчетного периода, а также увеличился уровень заработной платы медицинского персонала, несмотря на то, что лишь 30% МО достигли 1 уровня НКО.

Значения ряда показателей области С (доступность и результат) в некоторой степени зависят от отдельных показателей обеспеченности и качества управления

финансовыми ресурсами. Так, например, более высокая обеспеченность врачами оказывает влияние на доступность (снижается доля пациентов, находящихся в «красной зоне»), высокие значения по показателям уровня заработной платы врачей и среднего медицинского персонала также способствуют улучшению доступности, что снижает необходимость обращения пациентов к дежурному врачу.

Анализ данных по выбранным показателям из области С по итогам 2019–2023 гг. представлен в таблице 28.

Таблица 28 – Число МО, в которых значения показателей из области С достигли установленного уровня НКО в 2019 г. и в 2021–2023 гг.

Уровень НКО	Значение НКО	2019 г	2021 г	2022 г	2023 г
Необеспеченность или доля пациентов в «красной зоне» (включая нереализованный спрос) по самозаписи к врачам–терапевтам участковым/ВОП, %					
0 уровень	> 20,0	4	39	16	1
1 уровень	≤ 20,0	8	2	9	1
2 уровень	≤ 15,0	9	3	7	3
3 уровень	≤ 10,0	15	1	5	14
4 уровень	≤ 5	9	0	8	26
Необеспеченность или доля пациентов в «красной зоне» (включая нереализованный спрос) по самозаписи к специалистам (4), к которым разрешена самостоятельная запись на прием, %					
0 уровень	> 20,0	0	19	20	8
1 уровень	≤ 20,0	4	8	4	3
2 уровень	≤ 15,0	6	7	8	6
3 уровень	≤ 10,0	15	5	5	7
4 уровень	≤ 5	20	6	8	21
Необеспеченность или доля пациентов в «красной зоне» (включая нереализованный спрос) к врачам специалистам (кардиолог, невролог, эндокринолог –3) 2 уровня, к которым не разрешена самостоятельная запись на прием, %					
0 уровень	> 20,0	9	31	18	3
1 уровень	≤ 20,0	11	6	3	1
2 уровень	≤ 15,0	9	5	7	6
3 уровень	≤ 10,0	9	3	7	8
4 уровень	≤ 5	7	0	10	27
Доля посещений с профилактической целью в общем количестве посещений, %					
0 уровень	< 15,0	1	1	11	4
1 уровень	≥ 15,0	4	3	19	16
2 уровень	≥ 20,0	17	3	11	17
3 уровень	≥ 25,0	18	6	3	7
4 уровень	≥ 30,0	5	32	1	1

Источник: составлено и рассчитано автором

Анализ изменений в области С также следует разделить на 2 временных лага: сравнение значений 2023 г. по отношению к 2019 г. и сравнение значений 2019 г. по отношению кс 2021–2022 гг. Такое разграничение обусловлено тем, что распространение пандемии «COVID–19» оказало значительное влияние на организацию медицинской помощи в амбулаторных условиях, вследствие чего снизилась доступность посещений пациентами врачей в МО, но при этом медицинская помощь предоставлялась на дому или с применением телеметрических устройств.

Отмечается улучшение доступности к врачам терапевтического профиля в 2023 г. не только по сравнению с 2021–2022 гг., но и по сравнению с 2019 г., что связано с улучшением показателя, характеризующего обеспеченность врачами в расчете на численность прикрепленного населения. Аналогичная ситуация наблюдается и в отношении показателей доступности к врачам – специалистам по всем 7 специальностям, но особенно к врачам–специалистам 2 уровня (кардиолог, невролог, эндокринолог).

По показателю «Доля посещений с профилактической целью в общем количестве посещений» в 2023 г. гораздо меньше медицинских организаций достигли 3 и 4 уровня НКО по сравнению с 2019 г. (8 и 23 МО соответственно), что указывает на необходимость принятия определенных организационно–управленческих решений по этому направлению.

3.3.2. Анализ результатов на уровне медицинской организации

Рассмотрим алгоритм анализа на примере группы МО, имеющих минимальные балльные оценки в каждой из областей оценки по результатам 2023 года.

По области оценки А информация представлена в таблице 29.

Таблица 29 – Данные об уровне достижения НКО по МО, имеющих минимальные балльные оценки по показателям из области А на примере данных за один из отчетных годов

Показатели	БО	МО 22	МО 27	МО 18	МО 3
Интегральная оценка:	1 ур. ≥ 2,0 2 ур. ≥ 3,0	2,47	2,45	2,34	2,31
Доходы МО в расчете на одного прикрепленного гражданина, руб./чел.	1 ур. ≥ 5000 2 ур. ≥ 6000 3 ур. ≥ 7000	1	2	2	3
Обеспеченность врачами терапевтического профиля (ВОП, терапевт) в расчете на 10 тыс. численности прикрепленного населения, чел./10 тыс. нас.	1 ур. ≥ 5,5 2 ур. ≥ 6,0	1	2	2	0
Укомплектованность (число занятых должностей к числу штатных должностей) медицинской организации врачами специалистами (1 уровень: оториноларинголог, офтальмолог, уролог, хирург и 2 уровень: кардиолог, невролог, эндокринолог), %	1 ур. ≥ 80,0 2 ур. ≥ 85,0 3 ур. ≥ 90,0	3	0	0	0
Доля врачей с высшей и первой квалификационными категориями в общей численности врачей, %	1 ур. ≥ 10,0	0	1	0	1

Источник: составлено и рассчитано автором

Анализ результатов в каждой из МО, указанных в таблице 29, начинается с изучения причин наличия значений показателей ниже 1 уровня достижения НКО. Например, изменения значения показателя укомплектованности МО врачами специалистами (область А) в период 2019–2023 гг. в некоторых МО отражаются на показателях необеспеченности приема или доли пациентов в «красной зоне» к врачам – специалистам (область С), о чем свидетельствует отрицательная корреляция с силой связи от умеренной до заметной в зависимости от МО. В ситуации, когда отрицательная корреляция между показателями отсутствует изучается вопрос эффективности принятия управленческих решений, которые позволят в случае снижения в МО укомплектованности врачебными кадрами улучшать доступность пациентов к врачам, т.е. снижение доли пациентов, находящихся в «красной зоне»).

По области измерения В информация представлена в таблице 30.

Таблица 30 – Данные об уровне достижения НКО по МО, имеющих минимальные балльные оценки по показателям области В на примере данных одного из отчетных годов

Показатели	БО	МО 34	МО 23	МО 1	МО 33
Интегральная оценка	1 ур. ≥ 1,8	1,18	1,18	1,16	0,81
Доходы МО в расчете на одного прикрепленного гражданина, руб./чел.	2 ур. ≥ 6000 3 ур. ≥ 7000 4 ур. ≥ 8000	2	4	4	3
Отношение суммы доходов с учетом остатков на начало отчетного периода к произведенным расходам, %	1 ур. ≥ 108,0 2 ур. ≥ 115,0	1	1	1	1
Удельный вес немедицинских расходов в общих расходах медицинской организации, %	1 ур. ≤ 25,0 2 ур. ≤ 21,0	1	0	0	0
Удельный вес фонда оплаты труда медицинского персонала в общем фонде оплаты труда работников МО, %	1 ур. ≥ 70,0 2 ур. ≥ 75,0 3 ур. ≥ 80,0	3	1	2	1
Отношение уровня начисленной среднемесячной заработной платы врачей к уровню среднемесячной начисленной заработной платы работников в регионе, %	1 ур. ≥ 190,0 2 ур. ≥ 200,0 3 ур. ≥ 210,0	1	1	2	0
Отношение уровня начисленной среднемесячной заработной платы среднего медицинского персонала к уровню среднемесячной начисленной заработной платы работников в регионе, %	1 ур. ≥ 90,0 2 ур. ≥ 100,0 3 ур. ≥ 110,0	0	1	0	0

Источник: составлено и рассчитано автором

Анализ результатов в каждой из МО, указанных в таблице 30, также, как по области А, начинается с изучения причин наличия значений показателей ниже 1 уровня достижения НКО. В данном случае необходимо обращать внимание и на уровень достижения по показателю, характеризующего обеспеченность доходами, который у всех указанных выше МО на уровне достижения НКО 2 или выше.

В указанных МО большинство показателей из области В имеет прямую корреляционную связь с показателем обеспеченности доходами с силой связи от умеренной до заметной. При этом следует обратить внимание на тот факт, что,

например, в МО23 увеличение объема доходов имеет положительную заметную силу связи с показателем Удельный вес немедицинских расходов (К = 0,773) и отрицательную заметную силу связи с показателем Удельный вес фонда оплаты труда медицинского персонала (К = –0815). Таким образом, можно предположить, что дополнительный объем доходов направлялся на решение административных и других подобных вопросов, что подтверждает более высокий рост в период 2019–2023 гг. доли немедицинских расходов, чем рост ФОТ медицинского персонала. В некоторых МО также присутствует отрицательная корреляционная связь между показателем «Доходы МО» и показателем «Удельный вес ФОТ медицинского персонала», что означает, что увеличение доходов не соответствовало росту расходов на ФОТ медицинского персонала и дополнительно полученные средства были направлены на другие статьи расходов, например, на увеличение оплаты труда немедицинского персонала.

Подтверждением факта взаимосвязи между значениями показателей «Удельный вес немедицинских расходов» и «Удельный вес фонда оплаты труда медицинского персонала» подтверждается наличием отрицательной корреляционной связи заметной силы, в МО23 и МО33, где коэффициент корреляции составил свыше –0,96. Данные по области измерения С представлены в таблице 31.

Таблица 31 – Данные об уровне достижения НКО по МО, имеющих минимальные балльные оценки по показателям из области С на примере одного из отчетных годов

Показатели	БО	МО 45	МО 34	МО 39	МО 37
Балльная оценка	1 ур. ≥ 1,2 2 ур. ≥ 2,2	1,76	1,57	1,34	1,05
Необеспеченность или доля пациентов в «красной зоне» (включая нереализованный спрос) по самозаписи к врачам–терапевтам участковым/ВОП (на четвертый день и позднее) за отчетный период, %	1 ур. ≤ 20,0 2 ур. ≤ 15,0 3 ур. ≤ 10,0 4 ур. ≤ 5,0	2	3	2	0
Доля пациентов с временем ожидания приема врача–терапевта за пределами «зеленой зоны» /в	1 ур. ≤ 20,0 2 ур. ≤ 10,0	0	1	1	0

«красной зоне» (более 20 минут) за отчетный период, %					
Доля пациентов с недопустимым временем ожидания приема дежурного врача (60 минут), %	1 ур. ≤ 20,0 2 ур. ≤ 10,0 3 ур. ≤ 7,0	1	1	2	2
Доля состоявшихся приемов дежурного врача в общем количестве пациентов, зарегистрированных в электронной очереди, %	1 ур. ≥ 75,0 2 ур. ≥ 80,0 3 ур. ≥ 85,0 4 ур. ≥ 90,0	1	1	1	3
Необеспеченность или доля пациентов в «красной зоне» (включая нереализованный спрос) по самозаписи к специалистам (4), к которым разрешена самостоятельная запись на прием (на восьмой день), %	1 ур. ≤ 20,0 2 ур. ≤ 15,0	0	0	0	0
Необеспеченность или доля пациентов в «красной зоне» (включая нереализованный спрос) к врачам специалистам (кардиолог, невролог, эндокринолог –3) 2 уровня, к которым не разрешена самостоятельная запись на прием (на одиннадцатый день), %	1 ур. ≤ 20,0 2 ур. ≤ 15,0 3 ур. ≤ 10,0 4 ур. ≤ 5,0	3	0	0	0
Доля посещений с профилактической целью в общем количестве посещений, %	1 ур. ≥ 15,0 2 ур. ≥ 20,0 3 ур. ≥ 25,0 4 ур. ≥ 30,0	1	1	1	3

Источник: составлено и рассчитано автором

Анализ результатов в каждой из МО, указанных в таблице 29, проводится аналогично и начинается с изучения причин наличия значений показателей ниже 1 уровня достижения НКО. В данном случае необходимо обращать внимание на корреляцию с показателями из области обеспеченности ресурсами (А).

Как видно основные проблемы связаны с доступностью пациентов к врачам специалистам, а для МО37 и с доступностью к врачам терапевтического профиля.

Анализ корреляционных связей с показателями обеспеченности ресурсами свидетельствует, что для большинства МО существует отрицательная корреляционная связь заметной силы между показателями укомплектованности врачами специалистами и доступностью к ним пациентов, более высокая укомплектованность позволяет снизить долю пациентов, имеющих проблемы с возможностью записаться на прием к врачу, но отсутствие позитивных изменений

в части укомплектованности МО кадровыми ресурсами отрицательно отражается на уровне доступности пациентов к врачам.

При этом повышение укомплектованности врачами–специалистами снижает нагрузку на врачей терапевтического профиля и долю пациентов в «красной зоне».

Индекс эффективности принятия управленческих решений I_e является основой для ранжирования МО и значение Индекса в сравнении с другими МО является важным стимулирующим фактором для улучшения деятельности.

Дополнительным источником анализа эффективности МО выступают результаты ранжирования по дополнительным индексам эффективности I_{e1} и I_{e2}.

Анализ индексов эффективности I_e, I_{e1} и I_{e2}, достигнутых МО, в сравнении с данными Матрицы оценки управленческих решений является маркером возможностей МО по принятию оптимальных решений. Оценка сопоставимости результатов МО на примере данных за один из отчетных годов (рис. 22–24) позволяет утверждать, что Индекс эффективности является объективным показателем, характеризующим уровень организации менеджмента МО, а предложенная система показателей является унифицированной.

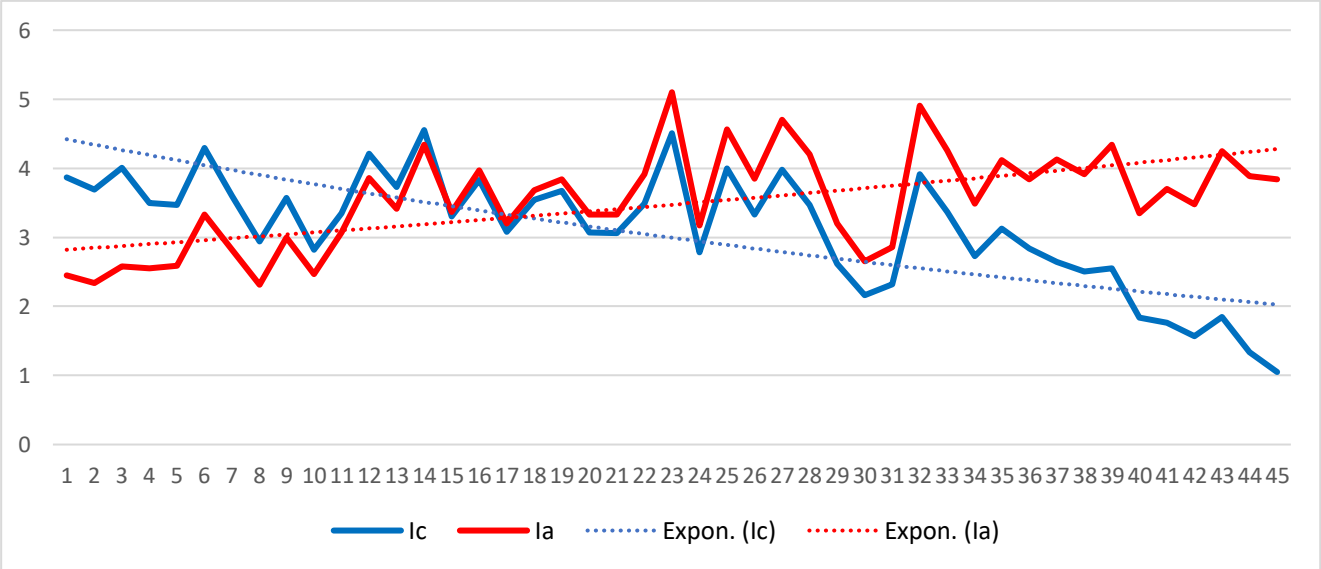


Рис. 22 – Изменения значений I_c и I_a в зависимости от значения I_e

Источник: Составлено автором

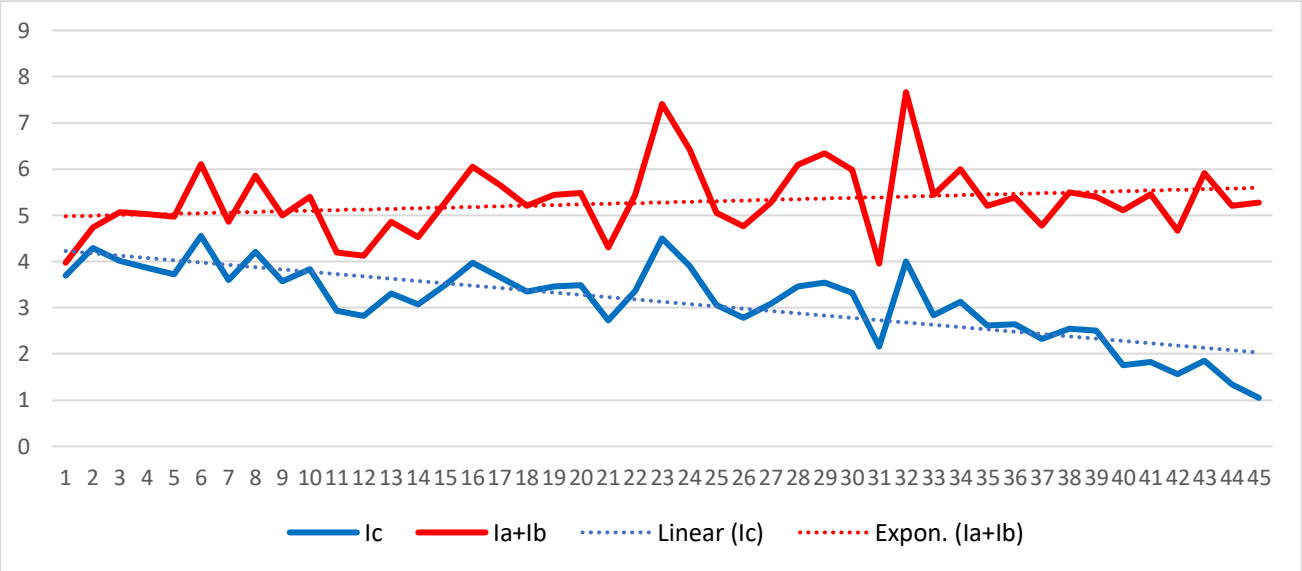


Рис.23 – Изменения значений I_a и I_b в зависимости от значения I_{e1}

Источник: Составлено автором

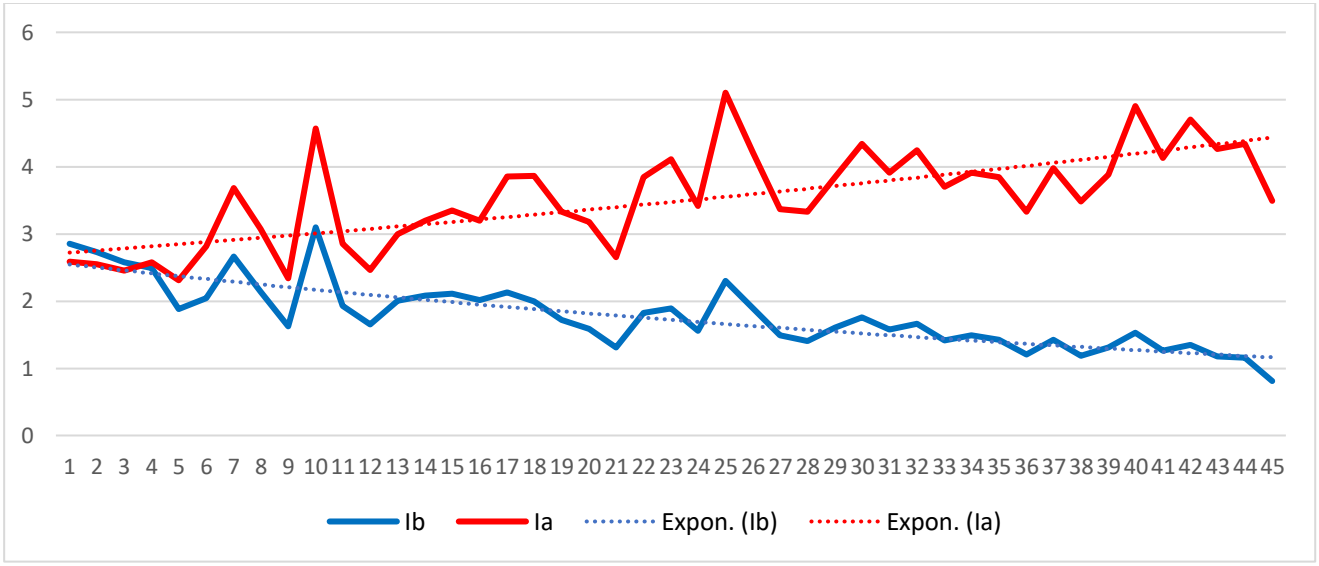


Рис.24 – Изменения значений I_a и I_b в зависимости от значения I_{e2}

Источник: Составлено автором

Предложенные методические подходы к анализу результатов рейтингования МО по индексам эффективности с учетом интегральных оценок по каждой области, являются базовой основой для принятия управленческих решений, способствующих улучшению доступности и качества первичной медико–санитарной помощи, оказываемой взрослому населению в медицинских организациях.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное диссертационное исследование посвящено решению актуальной научной проблемы, связанной с совершенствованием системы управления медицинскими организациями, в первую очередь, в сфере первичной медико-санитарной помощи, посредством разработки и внедрения рейтинговой системы унифицированной оценки их эффективности.

Рейтинги являются важной частью современной информационной среды, предоставляющей пользователям возможность оценивать различные объекты и явления по множеству критериев. В контексте здравоохранения рейтинги помогают пациентам и другим заинтересованным сторонам получать объективную информацию о качестве и доступности предоставляемых медицинских услуг, а медицинским организациям –улучшить свою деятельность и повысить конкурентоспособность путем принятия обоснованных управленческих решений.

В ходе работы был осуществлен критический анализ существующих отечественных и зарубежных подходов к оценке эффективности деятельности медицинских организаций, выявивший ряд системных недостатков. Установлено, что существующие методики зачастую носят фрагментарный характер, базируются на изолированной оценке разрозненных показателей и не позволяют провести комплексный анализ деятельности медицинских организаций и качества принимаемых управленческих решений. Это обусловило необходимость разработки комплексной методологии, в качестве инструмента, способного учесть все аспекты деятельности медицинских организаций и обеспечить принятие обоснованных управленческих решений, что и легло в основу *цели* настоящего диссертационного исследования.

Она заключается в научном обосновании целесообразности внедрения инструмента рейтингования для унификации оценок эффективности управленческих решений, принимаемых, на основании результатов деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению. С целью достижения обозначенной цели в рамках исследования был поставлен ряд задач, решение которых способствовало формулировке научных

положений, выносимых на защиту в качестве результата решения одной или нескольких из заявленных задач.

Первоочередными задачами исследования (1,2) явились изучение и обобщение зарубежного и отечественного опыта рейтингования хозяйствующих субъектов, а также анализ нормативных правовых актов и методических материалов, определяющих процедуру рейтингования и оценки эффективности медицинских организаций в Российской Федерации.

Важным результатом решения этих задач стала систематизация подходов к использованию рейтингов для решения управленческих задач в здравоохранении, позволившая предложить следующую классификацию:

1. По цели использования

Оценочный подход. Рейтинги используются для измерения и сравнения качества медицинских услуг, эффективности работы медицинских организаций или систем здравоохранения.

Управленческий подход. Рейтинги применяются для принятия решений на разных уровнях управления.

Мотивационный подход. Рейтинги стимулируют медицинские учреждения и персонал к улучшению качества услуг.

2. По уровню анализа результатов

Макроуровень. Рейтинги используются для оценки систем здравоохранения на национальном (межстрановом) уровне. Например, Bloomberg Global Health Index, Euro Health Consumer Index (EHCI), Global Burden of Disease (GBD) Study, Health Care Index for Country, CEOWORLD Health Care Index, America's Health Rankings (AHR), рейтинги регионов России (журнал «Эксперт», ресурсный центр StratPlan, ВШОУЗ).

Мезоуровень. Рейтинги используются для оценки систем здравоохранения на региональном уровне или на уровне медицинских учреждений. Например, America's Best Hospitals: the 2024–2025 Honor Roll and Overview (рейтинг лучших больниц по версии журнала US News & World Report); Newsweek World’s Best

Hospitals; (рейтинг «Лучшие клиники мира» по версии журнала Newsweek, Германия); NHS Performance Ratings (рейтинг трастов NHS, Великобритания).

Микроуровень. Рейтинги используются для оценки работы отдельных медицинских специалистов. Например, рейтинги врачей на различных платформах (DocDoc; ProDoctorov; НаПоправку; Healthgrades, США; Zocdoc, США, Европа; Doctify, Великобритания; Top Doctors, Испания, Италия и Великобритания; Practo, Южная Азия); рейтинги врачей в специализированных изданиях («Здоровье Mail.ru», «Медвестник»).

3. По методологии формирования рейтингов

Количественный подход. Рейтинги строятся на основе объективных статистических данных. Bloomberg Global Health Index; CEOWORLD Health Care Index; Hospital Safety Grade by The Leapfrog Group (США); America's Health Rankings (AHR).

Качественный подход. Рейтинги учитывают субъективные оценки (мнение пациентов, мнение экспертов) – Health Care Index for Country; рейтинг HCAHPS, рейтинг московских поликлиник.

Комбинированный подход. При построении рейтинга учитываются и количественные и качественные показатели, то есть это рейтинги, в которых отражаются как статистические данные, так и отзывы пациентов. Среди них можно выделить рейтинг онкологических стационаров Москвы.

4. По источникам данных

Официальные данные. Рейтинги формируются как правило на основе данных официальной статистической отчетности, предоставляемых государственными органами или медицинскими учреждениями. Например, рейтинг «Показатели здоровья населения РФ», «Эффективность систем здравоохранения регионов России», опубликованные на портале ОргздравЭксперт.

Независимые данные. Рейтинги строятся на данных, собираемых различными независимыми организациями – ежегодный рейтинг лучших врачей России, проводимый журналом Forbes, рейтинг регионов России онлайн – журнала Эксперт, рейтинг экспертного журнала о стоматологии Startsmile.

Пользовательские данные. Рейтинги формируются на основе отзывов пациентов или данных, собранных через платформы DocDoc; ProDoctorov; Healthgrades, США; Zocdoc, США, Европа; Doctify, Великобритания; Top Doctors, Испания, Италия и Великобритания; Practo, Южная Азия.

5. По степени публичности

Публичные рейтинги. Рейтинги открыто публикуются и доступны широкой общественности.

Внутренние рейтинги. Рейтинги используются внутри организаций или ведомств для принятия управленческих решений. Например, рейтинг поликлиник Москвы на базе Стандарта качества управления ресурсами (СКУР).

6. По географическому охвату

Международные рейтинги. Сравнивают системы здравоохранения или медицинские учреждения разных стран.

Национальные рейтинги. Оценивают региональные системы здравоохранения в рамках одной страны или медицинские учреждения.

Региональные рейтинги. Оценивают медицинские учреждения или муниципальные системы здравоохранения в рамках региона или области.

7. По субъектам оценки

Рейтинги для пациентов. Помогают пациентам выбирать медицинские учреждения или специалистов.

Рейтинги для управленцев. Используются руководителями для принятия решений.

Выделено и научно обосновано пять фундаментальных принципов построения рейтингов:

1. Объективность – основанность на верифицируемых данных и стандартизированных показателях.

2. Прозрачность – открытость методологии для обеспечения доверия и минимизации манипуляций.

3. Последовательность – единообразие применения критериев на протяжении всего процесса рейтингования для обеспечения сопоставимости и устойчивости.

4. Учетность – обеспечение обратной связи со стейкхолдерами для верификации и корректировки.

5. Адаптивность – способность системы эволюционировать в соответствии с изменениями в предметной области.

Выявлено, что формирование рейтинга медицинских организаций в России сталкивается с рядом проблем, основными из которых являются:

– отсутствие единой методологической базы;

– разнообразие подходов и методик;

– недостаточность правовых норм.

Ключевым результатом решения следующих задач (3,4) является разработка авторской методики формирования рейтинга медицинских организаций, оказывающих ПМСП взрослому населению.

Методика включает:

1. Формирование итогового набора оценочных показателей (НОП), состоящего из 16 ключевых показателей, отобранных на основе принципов систематизации, отраслевой специфики, актуальности и SMART-принципов. Процедура отбора включала экспертные оценки, факторный анализ и верификацию данных, что обеспечило показателям свойства надежности, измеримости и информативной взаимосвязанности.

2. Разработку единой унифицированной системы измерения показателей, основанной на методе балльных оценок.

Для каждого показателя установлены нормативные критерии оценки (НКО) четырех уровней и весовые коэффициенты, отражающие его значимость в общей системе. Наивысший уровень НКО (НКО=4) означает достижение наилучшего значения показателя, которое зависит от направления движения значения показателя (в сторону уменьшения или увеличения), но не является возможным наивысшим достижением значения показателя. В случае достижения значение показателя ниже минимального НКО (НКО= 1) показателю присуждается уровень НКО = 0. Вес показателя установлен на основе экспертно–опытной оценки, предварительного анализа данных за период 2016–2021 гг. и практике

использования весов в Стандарте качества управления ресурсами, применяемого в Москве до 2021 года.

Для расчета балльных оценок (РА), как единой меры оценки показателя, используются формулы, которые связаны с направлением движения значения показателя в сторону лучшего результата (чем больше, тем лучше или чем меньше, тем лучше). Для показателей, где лучший результат оценивается как максимальное значение, расчет РА производится по формуле (3):

$$P_{An} = X_n \times (P_n/Y_n + Z_n)$$

Для показателей, где лучший результат оценивается как минимальное значение, расчет балльных оценок производится по формуле (4):

$$P_{An} = X_n \times (1 - P_n/Y_n + Z_n)$$

где,

РА– балльная оценка;

P_n – значение показателя;

X_n – вес показателя;

Y_n – нормативный критерий оценки;

Z_n – уровень достижения критерия оценки.

Преобразование разнородных показателей в унифицированную балльную шкалу обеспечило возможность их сопоставления и агрегирования.

3. Конструирование системы интегральных индексов эффективности:

Для оценки эффективности МО была предложена система взаимосвязанных интегральных индексов по трем ключевым областям: А – обеспеченность ресурсами, В – качество управления финансовыми ресурсами, С – качество доступности и результата.

Интегральный (базовый) индекс эффективности (I_e) представляет собой комплексный показатель, предназначенный для оценки экономичности и результативности использования ресурсов для достижения стратегических целей. Его ключевая функция – обеспечение объективной базы для анализа эффективности управленческих решений. Система индексов формируется последовательно:

Базовый индекс эффективности (I_e) рассчитывается как отношение интегральной оценки результативности (I_{Ac}) к интегральной оценке обеспеченности ресурсами (I_{Aa}) по формуле (7):

$$I_e=\frac{IAc}{IAa}$$

Для учета фактора управления в систему вводится дополнительный индекс (I_{e1}), который рассчитывается как отношение интегральной оценки результативности (I_{Ac}) к сумме интегральных оценок качества управления ресурсами ($I_{Aв}$) и обеспеченности ресурсами (I_{Aa}) по формуле (10):

$$I_{e1}=\frac{IAc}{IAa+IAв}$$

Его функция – определить вклад эффективного менеджмента в общий результат, позволяя дифференцировать влияние объема ресурсов от качества работы с ними.

В качестве второго дополнительного индекса эффективности предложен индекс (I_{e2}), который позволяет оценить качество управления ресурсами относительно их обеспеченности. Он рассчитывается как отношение интегральной оценки качества управления ресурсами ($I_{Aв}$) к интегральной оценке по области обеспеченности ресурсами (I_{Aa}) по формуле (11):

$$I_{e2}=\frac{IAв}{IAa}$$

Этот индекс выявляет сбалансированность системы - является ли высокая результативность следствием избыточной ресурсной обеспеченности или эффективного управления при их ограничении.

Данная система индексов позволяет провести многомерную оценку эффективности, выявить вклады различных управленческих аспектов и определить точку оптимума между затраченными ресурсами и достигнутыми результатами.

4. Разработку алгоритма ранжирования медицинских организаций.

Рейтинг создается путем ранжирования медицинских организаций на основе интегрального индекса (I_e). Первое место в рейтинге занимает МО с наивысшим значением I_e, а остальные позиции распределяются в порядке убывания этих значений. При определении окончательного места МО в рейтинге учитывается, что

в случае одинаковых значений I_e выше будет стоять МО с более высокой интегральной оценкой по области С.

Практическим результатом решения последующих задач (5,6,7) является подготовленный регламент внедрения указанной методики, обеспечивающего прозрачность, объективность и воспроизводимость процедуры оценки; апробация и оценка результатов апробации; формирование практических рекомендаций по интерпретации результатов рейтинга для целей принятия управленческих решений.

В число основных задач регламента входят: идентификация ключевых показателей эффективности (КПЭ) для оценки деятельности МО, установление единой унифицированной системы измерения оценочных показателей; стандартизация процедуры сбора, обработки и анализа данных; ранжирование МО на основе индекса эффективности, обеспечение открытости и доступности результатов оценки для заинтересованных сторон и разработка рекомендаций по улучшению качества управления в МО.

Анализ результатов предлагается проводить с помощью метода «декомпозиции». Использование метода декомпозиции интегральных оценок позволяет руководителям органов здравоохранения и медицинских организаций идентифицировать конкретные узкие места в системе управления ресурсами, доступностью и качеством медицинской помощи, а также разрабатывать адресные корректирующие воздействия.

Алгоритм анализа результатов представляет собой трехступенчатый процесс. На первой стадии оценивается значение Индекса эффективности I_e. На второй стадии анализируется уровень достижения НКО в разрезе областей оценки. На третьей стадии анализируются результаты значений каждого показателя и его соответствие уровню нормативного критерия оценки. Дополнительные индексы I_{e1} и I_{e2} используются для более детального анализа эффективности управления ресурсами и результативности.

В целях общей оценки результатов рейтинга для каждого индекса разработана матрица оптимальных значений индекса эффективности, которая

позволяет определить эффективность принимаемых управленческих решений в медицинской организации.

Предложенный методический аппарат прошел апробацию и доказал свою практическую применимость. Например, в практической деятельности ГАУДПО «Уральский институт управления здравоохранением им. А.Б. Блохина» (ГАУДПО) использовались методические подходы, предложенные в диссертации, для расчета индекса эффективности деятельности медицинских организаций и оценки управленческих решений в ГАУДПО. Основные положения диссертации применяются в научно–исследовательских работах по оценке эффективности управления в медицинских организациях и проведения медицинского аудита в ГАУДПО. Аналитические материалы диссертационной работы использовались в ГБУЗ «Диагностический центр №3 Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ ДЦ №3) для корректировки управленческих решений и улучшении качества медицинской помощи, благодаря использованию набора оценочных показателей в рамках единой системы оценки показателей, позволяющей получать исчерпывающую информацию о работе соответствующих подразделений ГБУЗ ДЦ №3.

Разработанная рейтинговая система унификации оценок, основанная на системном подходе и оригинальной системе интегральных индексов, позволяет преодолеть фрагментарность существующих оценочных систем и предоставляет инструмент для комплексного, многомерного анализа эффективности медицинских организаций.

Перспективы применения полученных результатов связаны с их высокой практической пользой. Предложенный подход может быть масштабирован и адаптирован для оценки организаций различного уровня и профиля в системе здравоохранения, а также интегрирован в процессы принятия управленческих решений на региональном и федеральном уровнях.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

Нормативные акты и документы

1. Федеральный закон от 30.12.2008 № 307–ФЗ (ред. от 08.08.2024) «Об аудиторской деятельности».
2. Указ Президента РФ от 07.05.2012 № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики».
3. Приказ Минздрава РФ от 30.12.2002 № 413 «Об утверждении учетной и отчетной медицинской документации».
4. Приказ Минздрава России от 10.11.2020 № 1207н «Об утверждении учетной формы медицинской документации № 131/у «Карта учета профилактического медицинского осмотра (диспансеризации)», порядка ее ведения и формы отраслевой статистической отчетности № 131/о «Сведения о проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения", порядка ее заполнения и сроков представления».
5. Письмо Минздравсоцразвития России от 14.02.2012 № 14–3/10/2–1243 «О формировании системы рейтингов медицинских организаций и размещения их на сайтах органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации».
6. Письмо Минэкономразвития России от 11.01.2022 № 161–ТИ/Д04и «О направлении информационных материалов».
7. Письмо Минздрава России от 29.01.2016 № 13–0/10/1–386 «Рекомендации по оценке эффективности деятельности медицинских организаций на основе критериев доступности и качества медицинской помощи».
8. Письмо Минздрава России от 30.01.2023 № 31–2/И/2–1287 «О формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 – 2025 годы».

9. Постановление Правительства Москвы от 04.10.2011 № 461–ПП (ред. от 26.03.2024) «О Государственной программе города Москвы «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)».
10. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 29.07.2015 № 632 «Об утверждении целевых показателей оценки качества и эффективности деятельности учреждений, находящихся в ведении Департамента здравоохранения города Москвы, и критериев оценки эффективности и результативности деятельности руководителей государственных учреждений города Москвы, находящихся в ведении Департамента здравоохранения города Москвы».
11. Приказ ДЗМ от 25.12.2017 г. № 923 «Об организации мониторинга эффективности мероприятий по снижению уровня смертности, проводимых в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих первичную медико–санитарную помощь взрослому населению».
12. Приказ ДЗМ от 12.09.2018 г. № 631 «О внедрении Стандарта качества управления ресурсами в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы.
13. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 09.06.2012 № 531 (ред. от 31.03.2024) «О мероприятиях по переходу медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы на систему оплаты труда, отличную от тарифной системы оплаты труда работников государственных учреждений города Москвы».
14. Приказ Росстата от 29.11.2024 № 594 «Об утверждении формы федерального статистического наблюдения № 30 «Сведения о медицинской организации" и указаний по ее заполнению».
15. Приказ Росстата от 13.11.2024 № 543 «Об утверждении формы федерального статистического наблюдения с указаниями по ее заполнению для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья».

16. Приказ Росстата от 31.07.2024 № 338 «Об утверждении форм федерального статистического наблюдения для организации федерального статистического наблюдения за численностью и оплатой труда работников организаций, кадров государственной гражданской и муниципальной службы, условиями труда, движением работников, занятостью населения, численностью и потребностью организаций в работниках по профессиональным группам, численностью и заработной платой работников по категориям в организациях социальной сферы и науки».
17. СФК 104. Проведение аудита эффективности использования государственных средств (утв. Решением Коллегии Счетной палаты РФ, протокол от 09.06.2009 № 31К (668)).
18. СГА 104. Стандарт внешнего государственного аудита (контроля). Аудит эффективности (утв. постановлением Коллегии Счетной палаты РФ от 09.02.2021 № 2ПК) (ред. от 06.09.2024).

Монографии

19. Аксенова Е. И. Анализ практики применения действующих систем оплаты медицинской помощи и оплаты труда медицинского персонала в зарубежных странах с учетом принципов ценностно–ориентированного здравоохранения: монография / Е. И. Аксенова, С. С. Бударин, Ю. В. Бударина. – Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2024, 201 с., ISBN 978–5–907805–64–4.
20. Научное обоснование подходов к преобразованию деятельности амбулаторно–поликлинических учреждений, подведомственных ДЗМ. Отчет о НИР/НИОКР (промежуточный), 2023, 254 с. Номер государственной регистрации: 123032100061–9. Режим доступа: корпоративный доступ.
21. Эффективное управление ресурсами столичного здравоохранения. научно–методическая и прогнозная оценка ресурсов в системе здравоохранения и влияние их достаточности на эффективность деятельности медицинских организаций. Отчет о НИР/НИОКР. Заключительный этап,3. 2023. Номер государственной регистрации: АААА–А20–120042490033–0. Режим доступа: корпоративный доступ.

Диссертации

22. Бударин С.С. Аудит эффективности как фактор повышения результативности деятельности медицинских организаций: специальность 08.00.12 "Бухгалтерский учет, статистика": диссертация на соискание ученой степени доктора экономических наук / Бударин Сергей Сергеевич, 2021, 400 с.
23. Яблонский К.П. Оценка эффективности деятельности медицинских организаций : специальность 08.00.05 "Экономика и управление народным хозяйством (по отраслям и сферам деятельности, в т.ч.: экономика, организация и управление предприятиями, отраслями, комплексами; управление инновациями; региональная экономика; логистика; экономика труда; экономика народонаселения и демография; экономика природопользования; экономика предпринимательства; маркетинг; менеджмент; ценообразование; экономическая безопасность; стандартизация и управление качеством продукции; землеустройство; рекреация и туризм)" : диссертация на соискание ученой степени кандидата экономических наук, Яблонский Казимир Петрович, 2020, 451 с.

Научная литература на русском языке

24. Алексеев Т. С. «Управление изменениями в здравоохранении» Издательство: ГЭОТАР–Медиа, 2022.
25. Аленичева О.В. Проблемы принятия решений в органах государственного и муниципального управления / О.В. Аленичева // Исследования и разработки молодых ученых в решении актуальных проблем XXI века: сб. научных статей. Ответственные за выпуск О.Т. Ергунова, А.Ю. Титовец. Екатеринбург: Уральский государственный экономический университет, 2017, с. 3–10.
26. Анализ эффективности функционирования сложных систем / В. Е. Кривоножко, А. И. Пропой, Р. В. Сеньков, И. В. Родченков, П. М. Анохин // Автоматизация проектирования,1999, № 1, с. 2–7.

27. 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, № 5(27), с. 1.
28. Баканов М.И., Мельник М.В., Шеремет А.Д. Теория экономического анализа. Учебник. /Под ред. М.И. Баканова. 5–е изд., перераб. и доп. М.: Финансы и статистика, 2005, 536 с.
29. 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. 17.
30. Богатова И. В. Организационно–методические подходы к оценке эффективности первичной медико–санитарной помощи / И. В. Богатова // Забайкальский медицинский вестник, 2013, № 2, с. 182–192.
31. Бударин С. С. Вопросы выбора оценочных показателей деятельности медицинских организаций / С. С. Бударин // Труды Научно–исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента: Сборник научных трудов / Под общей редакцией Е.И. Аксеновой. Выпуск 4 (14). Москва: Государственное бюджетное учреждение города Москвы "Научно–исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы", 2022, с. 147–153.
32. Бударин С.С. Предложения по актуализации показателей оценки эффективности деятельности учреждений первичного звена на примере Москвы / С.С. Бударин // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучения. Вестник ВШОУЗ, 2024, Т. 10, № 2(36), с. 48–58, DOI 10.33029/2411–8621–2024–10–2–48–58.
33. Бударин С.С. Основные принципы организации аудита эффективности использования ресурсов / С. С. Бударин, Ю. В. Эльбек // Вестник Воронежского государственного аграрного университета, 2020, Т. 13, № 3(66), с. 174–181, DOI 10.17238/issn2071–2243.2020.3.174.

34. Бударин С.С., Ватолин Д. О. Об отдельных вопросах практического применения рейтингования медицинских организаций // ЭТАП: экономическая теория, анализ, практика, 2022, № 5, с. 83– 97, DOI: 10.24412/2071–6435–2022–5–83–97.
35. Бударин С.С. Методический подход к оценке эффективности использования ресурсов медицинскими организациями / С. С. Бударин // Экономика и управление: проблемы, решения, 2020, Т. 3, № 7, с. 62–69, DOI 10.34684/ek.up.p.r.2020.07.03.007.
36. Бударина Ю. В. Предпосылки внедрения метода DEA в практику московского здравоохранения на основе изучения зарубежного и российского опыта / Ю. В. Бударина // Здоровье мегаполиса, 2024, Т. 5, № 3, с. 106–117, DOI 10.47619/2713–2617.zm.2024. v.5i3;106–117.
37. Бударина Ю.В. Применение интегральных оценок эффективности деятельности субъектов сферы здравоохранения для рейтингования / Ю. В. Бударина // Труды Научно–исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента: Сборник научных трудов. – Москва: Научно–исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента, 2024, с. 157–162.
38. Гончарова А.Б. Построение системы поддержки принятия решений в медицине / А.Б. Гончарова, Е.И. Сергеева // Интеграция наук, 2019, № 24 (1), с. 272–274.
39. Городкова С.А. Особенности управленческих решений в системе здравоохранения на основе принципов бережливого производства / С.А. Городкова, Е.Б. Таскина // Вестник Забайкальского государственного университета, 2019, Т. 25, № 5, с. 105–113.
40. Данилов В.Ю. Управленческие решения в современном здравоохранении (на примере санаторных услуг) / В.Ю. Данилов // Информационные технологии, инновации, инвестиции, математические методы и модели: менеджмент, экономика, принятие решений, безопасность, риски: сборник статей. – Тула: Тульский государственный университет, 2017, с. 69–72.

41. Егорова Т.В. /Словарь иностранных слов современного русского языка, М.: «Аделант», 2014, 800с. ISBN 978–5–93642–322–2.
42. Егорова И.А. Методика оценки эффективности деятельности поликлиник УДП РФ / И.А.Егорова, В.П.Коровкин, С.П.Миронов // Кремлевская медицина, 2008, № 2, с.26.
43. Здравоохранение России. Что надо делать? ГЭОТАР–Медиа, 2019, с. 416, ISBN 978–5–9704–5417–6.
44. Иванова Е. И. Аудит эффективности в рыночной экономике: учеб. пособие / Е.И. Иванова, М.В. Мельник, В.И. Шлейников; под ред. С.И. Гайджари. Москва: Кнорус, 2007, 325с.
45. Ильин И.В., Чемерис О.С., Сарыгулов А.И. Аналитический обзор подходов к оценке эффективности функционирования медицинских организаций в условиях изменения основных бизнеспроцессов в системе здравоохранения // Наука и бизнес: пути развития, 2021, № 10 (124), с. 57–64.
46. Исмагилова Л.А., Гилева Т.А Основы построения рейтинга развития промышленных предприятий // Journal of new economy, 2005. №12. Режим доступа: https://cyberleninka.ru/article/n/osnovy–postroeniya–reytinga–razvitiya–promyshlennyh–predpriyatiy.
47. Кадыров Ф. Н. Экономические методы оценки эффективности деятельности медицинских учреждений / Ф. Н. Кадыров, Москва: Менеджер здравоохранения, 2011,469 с.
48. Карминский А. М. Кредитные рейтинги и их моделирование / А. М. Карминский. М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2015, 304 с.
49. Карминский А. М. Энциклопедия рейтингов. Экономика, общество, спорт / А.М. Карминский, А. А. Полозов, 2–е издание, переработанное и дополненное. Москва: Издательство "Форум", 2016, 448 с., ISBN 978–5–8199–0644–6. 98.
50. Карминский А. М. Надо ли регулировать деятельность рейтинговых агентств? / А. М. Карминский // Глобальные рынки и финансовый инжиниринг,2014, № 1(1). с. 25–34.

51. Кислицына О. А. Оценка системы здравоохранения в России: опыт построения регионального рейтинга / О. А. Кислицына, Т. В. Чубарова // Вестник Института экономики Российской академии наук, 2021, № 3, с. 35–71, DOI 10.52180/2073–6487_2021_3_35_71.
52. Кислицына О. А. Национальный индекс деятельности системы здравоохранения: методологические подходы и результаты для России / О. А. Кислицына, Т. В. Чубарова // Общество и экономика, 2022, № 2, с. 31–45, DOI 10.31857/S020736760018656–0.
53. Концептуальные и методические подходы к построению рейтингов медицинских организаций на основе независимой оценки качества медицинской помощи / С. А. Берташ, Е. П. Какорина, И. М. Степанов [и др.] // Здравоохранение, 2014, № 4, с. 68–77.
54. Коробкова О.К. Разработка системы сбалансированных показателей для оценки социально–экономической эффективности деятельности продуцентов услуг сферы здравоохранения / О. К. Коробкова // Вестник Хабаровского государственного университета экономики и права, 2018, № 1, с. 88–95.
55. Курс экономики: учебник / Б.А. Райзберг, Е.Б. Стародубцева; под ред. Б.А. Райзберга, 5–е изд., испр., Москва: ИНФРА–М, 2021,686 с.
56. Курнакина Н. В. Методика комплексной оценки эффективности деятельности медицинской организации за год / Н. В. Курнакина // Инновации и инвестиции, 2017, № 2, с. 137–140.
57. Кутышкин А. В. Использование непараметрического анализа данных для оценки эффективности муниципальных медицинских учреждений региона / А. В. Кутышкин, О. В. Шульгин // Вестник Южно–Уральского государственного университета. Серия: Компьютерные технологии, управление, радиоэлектроника, 2023, Т. 23. № 1, с. 57–66, DOI 10.14529/ctcr230105.
58. Леванов В.М., Перевезенцев Е.А., Гарин Л.Ю. Управление медицинской организацией на основе системы ключевых показателей эффективности (kpi)

(обзор) // Медицинский альманах. 2018. №5 (56). Режим доступа: https://cyberleninka.ru/article/n/upravlenie–meditsinskoy–organizatsiey–na–osnove–sistemy–klyuchevyh–pokazateley–effektivnosti–kpi–obzor.

59. Линденбратен А. Л. Методические подходы к оценке качества организации медицинской помощи / А. Л. Линденбратен // Здравоохранение, 2015, № 1, с. 74–79.
60. Логинов Д. А. Развитие теории и практики аудита эффективности бюджетных средств Российской Федерации / Д. А. Логинов, Е. В. Макарова // Вектор экономики, 2020, № 6(48), с. 58.
61. Мамедова М.Г.Г. Методы принятия решений в управлении трудоустройством медицинских специалистов / М.Г.Г. Мамедова, З.Г.Г. Джабраилова // Искусственный интеллект и принятие решений, 2017, № 3, с. 69–81.
62. Мартынчик С.А. Система показателей эффективности деятельности амбулаторно–поликлинических учреждений / С.А. Мартынчик, С. В. Филатенкова // Социальные аспекты здоровья населения, 2009, № 4(12).
63. Математическое моделирование в управлении эффективностью работы медицинских организаций, оказывающих помощь лицам пожилого возраста в стационарных условиях / А. Н. Эделева, В. И. Стародубов, М. А. Федоткин [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения, 2018, № 2(60), с. 2.
64. Махатова А.Б. Влияние результатов оценки бремени болезней на принятие решения в процессе развития системы здравоохранения / А.Б. Махатова // OPEN INNOVATION: сборник статей XII Международной научно–практической конференции. Пенза, 23 апреля 2020. Пенза: Издательство: «Наука и Просвещение», 2020, с. 110–112.
65. Мусина Н.З. и др. Концепция ценностно ориентированного здравоохранения // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология, 2020, Т. 13, № 4, с. 438–451, DOI: 10.17749/2070–4909/farmakoekonomika.2020.042.

66. Нестерова С.М. Особенности анализа эффективности управления медицинскими организациями стоматологического профиля на основе сбалансированной системы показателей. Режим доступа: https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti–analiza–effektivnosti–upravleniya–meditsinskimi–organizatsiyami–stomatologicheskogo–profilya–na–osnove–sbalansirovannoy.
67. Нивен П. Р. Сбалансированная система показателей: Шаг за шагом: Максимальное повышение эффективности и закрепление полученных результатов: пер. с англ. / П. Р. Нивен, Днепропетровск: Баланс–Клуб, 2003,314с., ISBN 966–8216–45–8.
68. Описание методики оценки и принятия решений в сфере здравоохранения / А.А. Кожевников, Н.М. Жилина, Д.Г. Данцигер, А.Е. Власенко // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: естественные и технические науки, 2019, № 8, с. 58–65.
69. Организационно–методические подходы к оценке эффективности медицинских организаций, оказывающих первичную медико–санитарную помощь / Г. А. Степушкина, И. Т. Русев, М. Г. Карайланов [и др.] // Современные научные и образовательные стратегии в общественном здоровье: Российская научно–практическая конференция, Санкт–Петербург, 16–17 марта 2018 года. Санкт–Петербург: Военно–медицинская академия имени С.М.Кирова, 2018, с. 165–176.
70. Основные принципы построения системы критериев и показателей для оценки качества и эффективности медицинской деятельности / А. Л. Линденбратен, Н. К. Гришина, С. М. Сердюковский [и др.] // Бюллетень Национального научно–исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко, 2020, № 2, с. 30–35.
71. Петрова И. А. К вопросу о методологии рейтингования медицинских организаций / И. А. Петрова // Бюллетень Национального научно–исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко, 2016, № 6, с. 51–55.

72. Петров А.Н. Организационное развитие медицинских учреждений в условиях цифровизации / А.Н. Петров//Менеджмент в здравоохранении, год: 2023, том: 8, вып. 1, стр. 33–40
73. Пожидаева Т.А. Анализ экономической эффективности деятельности бюджетной медицинской организации / Т. А. Пожидаева, М.А. Шамраева, А.А. Федченко // Вестник Воронежского государственного университета. Серия: Экономика и управление, 2020, № 2, с. 75–89, DOI 10.17308/econ.2020.2/2903.
74. Позднякова Т.Н. Методические подходы к формированию рейтинга лечебно–профилактических учреждений / Т. Н. Позднякова // XXI век: итоги прошлого и проблемы настоящего плюс, 2021, Т. 10, № 2(54), с. 67–72, DOI 10.46548/21vek–2021–1054–0012.
75. Поющева Е.В. Методика оценки эффективности государственного финансирования здравоохранения на основе финансовых и нефинансовых показателей / Е. В. Поющева, Н. И. Яшина, О. И. Кашина // Тренды и управление, 2018, № 2, с. 55–72.
76. Применение Стандарта качества управления ресурсами в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы в 2018–2020 годах: Методические рекомендации / Д. В. Мелик–Гусейнов, С. С. Бударин, О. А. Волкова [и др.]. Москва: Правительство Москвы Департамент здравоохранения города Москвы, 2019, 64 с.
77. Пухальский А.Н. Методологические особенности формирования национального рейтинга медицинских учреждений / А. Н. Пухальский // Медицина и образование в Сибири, 2014, № 3, с. 7.
78. Пястолов С.М. Основы экономики, менеджмента и маркетинга: Учебник / С. М. Пястолов, Москва: Компания Кнорус, 2019, 246 с., ISBN 978–5–406–06870–0.
79. Рейтинг доступности и качества медицинской помощи в субъектах Российской Федерации / С.В. Шишкин, О.Ф. Понкратова, Е.Г. Потапчик, С.В. Сажина: препринт WP8/2019/01; Нац. исслед. ун–т «Высшая школа

экономики». М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2019. (Серия WP8 «Государственное и муниципальное управление»). 96 с.

80. Рейтингование медицинских организаций как способ повышения эффективности здравоохранения: история вопроса и перспективы использования / М. В. Авдеева, В. В. Ващенков, В. С. Лучкевич, В. А. Баркаева // Социальные аспекты здоровья населения, 2015, № 4(44), с. 2.
81. Рейтинг устойчивого развития городских поликлиник региона / О. А. Латуха, И. М. Сон, Ю. И. Бравве [и др.] // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики, 2023, № 3, с. 824–840, DOI 10.24412/2312–2935–2023–3–824–840.
82. Романова Н. В. Рейтинги в системе здравоохранения: уровни и показатели / Н. В. Романова // Экономика и управление: научно–практический журнал, 2024, № 3(177), с. 149–153, DOI 10.34773/EU.2024.3.26.
83. Рукавицына Т.А. Развитие модели методологии DEA. // Сибирский аэрокосмический журнал, 2009. Режим доступа: https://cyberleninka.ru/article/n/razvitie–modeli–metodologii–dea.
84. Руголь Л.В. Научное обоснование формирования структуры поликлиники ЦРБ // Социальные аспекты здоровья населения, 2021, № 67(5), с.4.
85. Селамзаде Ф.Д. Оценка эффективности системы здравоохранения Российской Федерации с помощью оболочечного анализа данных: на примере республик // Globus: Экономика и юриспруденция, 2021, Т. 7. № 1 (41), с. 7–20.
86. Семяшкин Е. Г. Моделирование рейтинговой системы экспортно ориентированных компаний АПК РФ. Механизм субсидирования / Е. Г. Семяшкин, А. М. Карминский // Финансы: теория и практика, 2021, Т. 25, № 3, с. 35–52, DOI 10.26794/2587–5671–2021–25–3–35–52.
87. Сибурина Т. А., Бадаев Ф. И. Повышение качества и эффективности медицинской помощи в свете современных подходов к управлению // Менеджер здравоохранения, 2006, № 1, с.19–29.

88. Словарь современных экономических терминов / Б.А. Райзберг, Л.Ш. Лозовский, 4–е изд., Москва: Айрис–пресс, 2008, 480 с., ISBN 978–5–8112–3286–4.
89. Смирнов И. В. Инновации в системе здравоохранения: управление и развитие / И. В. Смирнов // Журнал: Здравоохранение и общество, год, 2023, Т.15 (4), с. 45–56.
90. Советский энциклопедический словарь [Текст электронный] / гл. ред. А. М. Прохоров; редкол.: А. А. Гусев, 4–е изд., М: Сов. энциклопедия, 1987, 1600 с. Режим доступа:https://archive.org/details/B–001–031–830–ALL/B–001–031–830–03–01/page/n5/mode/2up.
91. Современные подходы к рейтингу медицинских организаций на основе стратегии устойчивого развития учреждения здравоохранения / Ю. И. Бравве, В. О. Щепин, К. С. Толстова, О. А. Латуха // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2021, Т. 29, № 5, с. 1171–1178, DOI 10.32687/0869–866X–2021–29–5–1171–1178.
92. Соколов И. А. Эффективность реформирования бюджетной сети в сфере здравоохранения в 2010–х годах / И. А. Соколов, И. Н. Филиппова // Мир новой экономики, 2020, Т. 14. № 1, с. 108–122, DOI 10.26794/2220–6469–2020–14–1–108–122.
93. Стародубов В.И. Оптимальные модели центральных районных больниц: Учебно–методическое пособие / В.И. Стародубов, Л. В. Руголь, Л. И. Меньшикова, Москва: ФГБУ «Центральный научно–исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2024, 74 с., ISBN 978–5–94116–153–9, DOI 10.21045/978–5–94116–153–9–2024.
94. Сударушкина Е.В. Показатели оценки эффективности работы медицинских учреждений / Е. В. Сударушкина, М. В. Федорова, А. Р. Диязитдинова // XXIX Российская научно–техническая конференция: Материалы XXIX Российской научно–технической конференции профессорско–преподавательского состава, научных сотрудников и аспирантов

университета с приглашением ведущих ученых и специалистов родственных вузов и организаций, Самара, 22–25 марта 2022 года, Самара: Поволжский государственный университет телекоммуникаций и информатики, 2022, с. 148.

95. Сулимова Е. А. Проблемы построения целей с помощью метода SMART и возможные пути их решения в современном обществе и организации / Е. А. Сулимова, Е. Е. Шарафутдинова, Н. О. Конышева // Инновации и инвестиции, 2019, № 8, с. 227–229.
96. 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. 2
97. Татарников М.А. Методологические проблемы формирования системы показателей эффективности деятельности медицинских организаций / М.А. Татарников // Медицинская статистика и оргметодработа в учреждениях здравоохранения. Режим доступа:https://xn——7sbbahcmgafaski8a2afibqaixke4dxd.xn—p1ai/publ/medicinskaja_statistika/metodologicheskie_problemy_formirovanija_sistemy_pokazatelej_ehffektivnosti_dejatelnosti_medicinskikh_organizacij/28–1–0–423.
98. Технологии управления: от теории к практике применения в учреждениях здравоохранения / А. Н. Попсуйко, Я. В. Данильченко, Е. А. Бацина [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения, 2020, Т. 66, № 5, с. 2., DOI 10.21045/2071–5021–2020–66–5–2.
99. Толковый словарь русского языка: 100000 слов, терминов и выражений: [новое издание] / С. И. Ожегов; под общ. ред. Л. И. Скворцова, 28–е изд., перераб., Москва: Мир И образование, 2015, 1375с., ISBN 978–5–94666–657–2.
100. Улумбекова Г.Э. Показатели для оценки деятельности медицинских организаций: международный опыт / Г. Э. Улумбекова, А. В. Мокляченко //

ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучения. Вестник ВШОУЗ, 2017, № 3(9), с. 23–34.

101. Улумбекова Г.Э. Эффективность региональных систем здравоохранения России (рейтинг 2016 г.) / Г.Э. Улумбекова, А.Б. Гиноян, А.В. Калашникова // Оргздрав: новости, мнения, обучение. 2017, № 3, с. 35–42.

102. Улумбекова, Г.Э. Рейтинг эффективности систем здравоохранения регионов РФ в 2019 г / Г. Э. Улумбекова, А. Б. Гиноян // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучения. Вестник ВШОУЗ, 2021, Т. 7, № 1(23), с. 4–16, DOI 10.33029/2411–8621–2021–7–1–4–16.

103. Управление государственной медицинской организацией в условиях цифровой трансформации здравоохранения / В. М. Мануйлов, Н. П. Санина, М. В. Кравцова [и др.] // Лидерство и менеджмент, 2022, Т. 9, № 2, с. 619–638, DOI 10.18334/lim.9.2.114135.

104. Управленческие решения [Электронный ресурс]: учебное пособие / Г. А. Демин; Пермский государственный национальный исследовательский университет, Пермь, 2020, 92 с. Режим доступа: http://www.psu.ru/files/docs/science/books/uchebnie–posobiya/demin–upravlencheskie–resheniya.pdf, ISBN 978–5–7944–3545–0.

105. Ушаков Е. В. Проблемы управления качеством медицинского обслуживания: от модели Донабедиана к современным подходам / Е. В. Ушаков // Научные труды Северо–Западного института управления РАНХиГС, 2013, Т. 4, № 4(11), с. 111–119.

106. Фарманян К.Р. Особенности управленческих решений в системе здравоохранения на основе внедрения принципов бережливого производства / К.Р. Фарманян // Менеджмент в здравоохранении: вызовы и риски XXI века: сб. мат. VII международной научно–практической конференции. Волгоград, 17–18 ноября 2022 года. Волгоград: Волгоградский государственный медицинский университет, 2023, с. 110–111.

107. Федотов Ю.В. Измерение эффективности деятельности организации: особенности метода DEA (анализа свертки данных) / Ю. В. Федотов // Российский журнал менеджмента, 2012, Т. 10, № 2, с. 51–62.

108. Федотов Ю. В. Анализ границ производственных возможностей и оценка организационной эффективности в системе здравоохранения Санкт–Петербурга / Ю. В. Федотов, К. П. Яблонский, М. А. Виталюева // Вестник Санкт–Петербургского университета. Менеджмент, 2017, Т. 16, № 4, с. 471–506.

109. Франц М.В. Результативность расходов на здравоохранение в Республике Башкортостан: оценка на базе подхода DEA / М. В. Франц, М. В. Шмакова // Вестник Алтайской академии экономики и права, 2023, № 10–2, с. 267–273, DOI 10.17513/vaael.3022.

110. Хабриев Р.У. Сравнительный анализ систем здравоохранения на основе построения рейтинга / Р. У. Хабриев, М. Е. Коломийченко // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2024, Т. 32, № 3, с. 303–310, DOI 10.32687/0869–866X–2024–32–3–303–310.

111. Шапошников А. М. Эволюция методологии анализа среды функционирования: литературный обзор / А. М. Шапошников, С. В. Ратнер // Экономический вестник ИПУ РАН, 2023, Т. 4, № 1, с. 67–90, DOI 10.25728/econbull.2023.1.9–shaposhnikov.

112. Шевский В. И. Новые модели первичной медико–санитарной помощи: зарубежный опыт и российские перспективы / В. И. Шевский, И. М. Шейман, С. В. Шишкин // Социальные аспекты здоровья населения, 2022, Т. 68, № 2, С. 2, DOI 10.21045/2071–5021–2021–68–2–2.

113. Шеремет А.Д., Сайфулин Р.С. Методика финансового анализа. М.: ИНФРА–М, 1995, 176 с.

114. Шишкин, С. В. Эволюция и перспективы системы обязательного медицинского страхования в России / С. В. Шишкин // Экономическая политика, 2023, Т. 18, № 1, с. 8–33. DOI 10.18288/1994–5124–2023–1–8–33.

115. Эльбек Ю.В. Нормативно–правовое и нормативно – методическое обеспечение применения рейтинга для оценки деятельности медицинских организаций / Ю. В. Эльбек // Труды научно–исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента: Сборник научных трудов. Выпуск 2 (12). Москва: Государственное бюджетное учреждение города Москвы "Научно–исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы", 2022, с. 204–209.

116. Эльбек Ю.В. Система показателей для оценки эффективности деятельности медицинских организаций на примере московских поликлиник / Ю. В. Эльбек // Здоровье мегаполиса, 2023, Т. 4, № 2, с. 4–14, DOI 10.47619/2713–2617.zm.2023.v.4i2;4–14.

117. Эльбек Ю.В. Международный опыт и российская практика рейтингования медицинских организаций/Ю.В. Эльбек // ЭТАП: экономическая теория, анализ, практика, 2022, № 3, с. 141–160, DOI 10.24412/2071–6435–2022–3–141–

118. Эльбек Ю.В. Перспективы применения методологии рейтингования медицинских организаций / Ю. В. Эльбек, С. С. Бударин // Труды Научно–исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента: Сборник научных трудов / Под общей редакцией Е.И. Аксеновой. Выпуск 4 (14). Москва: Государственное бюджетное учреждение города Москвы "Научно–исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы", 2022, с. 87–93.

119. Эльбек Ю. В. Приверженность граждан при осуществлении записи к врачу в условиях информатизации здравоохранения / Ю. В. Эльбек, Р. Д. Нефедов // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучения. Вестник ВШОУЗ, 2022, Т. 8, № 2(28), с. 146–153.

120. Эльбек Ю. В. Система оплаты труда в медицинских организациях города Москвы: изменения в законодательстве / Ю. В. Эльбек // Труды

Научно–исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента: Сборник научных трудов. Москва: Научно–исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента, 2024, с. 173–177.

121. Яцушко К.В. Использование системы сбалансированных показателей для целей контроля эффективности деятельности бюджетных учреждений здравоохранения / К. В. Яцушко // РИСК: Ресурсы, Информация, Снабжение, Конкуренция, 2021, № 2, с. 119–124.

122. Яшина Н.И. Разработка методических аспектов оценки эффективности деятельности лечебно–профилактических учреждений / Н. И. Яшина, Е. А. Хансуварова, К. С. Яшин // Управленец, 2016, № 4(62), с. 26–33.

Научная литература на английском языке

123. Alsaqqa, H. Toward organizational evidence–based management in healthcare organizations / H. Alsaqqa // International Journal of Health Services Research and Policy, 2020, Vol. 5, № 2, p. 162–177.

124. Bezemer, C.–P. (2024). Ratings in the Healthcare System: Levels and Indicators. 3(177). Режим доступа: https://doi.org/10.34773/eu.2024.3.26.

125. Catuogno S, Arena C, Saggese S, Sarto F. Balanced performance measurement in research hospitals: the participative case study of a haematology department // BMC Health Serv Res, 2017,17, p.1–11.

126. Campedelli B, Guerrini A, Romano G, Leardini C. La performance della rete ospedaliera pubblica della regione Veneto //Mecosan: Management ed Economia Sanitaria, 2014, p. 31–119.

127. Chatfeld JS. Data envelopment analysis comparison of hospital efciency, quality and control // International Journal of Management, Accounting and Economics, 2014, Vol.4, No.1, p.93–109.

128. Chang F–K. Structural health monitoring: current status and perspectives. Stanford: CRC Press,1998, p. 801.

129. Development and pilot of a multicriteria decision analysis (MCDA) tool for health services administrators / R. Blythe, S. Naidoo, C. Abbott [et al.] // BMJ Open, 2019, Vol. 9, № 4, p. e025752.

130. Dlouhý, M. Non–homogeneity in the efficiency evaluation of health systems // BMC Health Services Research. Режим доступа: https://doi.org/10.1186/s12913–023–10246–8.

131. Donabedian A. The Criteria and Standards of Quality. Michigan: Health Administration Press, 1982, 504p.

132. Dotoli M, Epicoco N, Falagario M, Sciancalepore F. A cross–efciency fuzzy data envelopment analysis technique for performance evaluation of decision making units under uncertainty // Computers & Industrial Engineering, 2015, No.79, p.103

133. Fields SA, Cohen D. Performance enhancement using a balanced scorecard in a patient–centered medical home. Fam Med, 2011,43, p.735–739.

134. Färe, R., Grosskopf, S., Lindgren, B., Roos, P. Productivity Developments in Swedish Hospitals: A Malmquist Output Index Approach. In: Data Envelopment Analysis: Theory, Methodology, and Applications. Springer, Dordrecht, 1994. Режим доступа: https://doi.org/10.1007/978–94–011–0637–5_13.

135. Flokou A, Aletras V, Niakas D. Decomposition of potential efciency gains from hospital mergers in Greece // Health Care Management Science, 2017, Vol.20, No. 4, p.67–84.

136. Hill, J.E., Stephani, AM., Sapple, P. et al. The effectiveness of continuous quality improvement for developing professional practice and improving health care outcomes: a systematic review // Implementation Sci 15, 23 (2020). Режим доступа: https://doi.org/10.1186/s13012–020–0975–2.

137. Kakeman E, Forushani AR, Dargahi H. Technical efciency of hospitals in Tehran // Iran Iranian J Public Health, 2016, Vol.45, No.4, p.494–502.

138. Kaplan R, Norton D. The balanced scorecard—measures that drive performance // Harv Bus Rev, 1992,70, p.71–79.

139. Kaplan RS. Conceptual foundations of the balanced scorecard. Handbooks Manag Account Res, 2009,3, p.1253–1269.

140. Koumpouros Y. Balanced scorecard: application in the general Panarcadian Hospital of Tripolis, Greece. Int J Health Care Qual Assur, 2013,26, p.286–307.

141. Kohl S, Schoenfelder J, Fügener A, Brunner JO. The use of data envelopment analysis (DEA) in healthcare with a focus on hospitals // Health Care Management Science, 2019, Vol.22, No. 2, p.45–86.

142. Masic, I. Medical Decision Making – an Overview / I. Masik // Acta Inform Med, 2022, Vol. 30, № 3, p. 230–235.

143. Meliones J. Saving money, saving lives // Harv Bus Rev, 2000,78, p.57–62.

144. Organizational aspect in healthcare decision–making: a literature review / A. Dubromel, M.A. Duvinage–Vonesch, L. Geffroy, C. Dussart // J Mark Access Health Policy, 2020, Vol. 8, № 1, p. 1810905.

145. 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), p.1–5.

146. Pink GH, McKillop I, Schraa EG, Preyra C, Montgomery C, Baker GR. Creating a balanced scorecard for a hospital system. J Health Care Finance, 2001, 27, p.1–20.

147. Rebba V, Rizzi D. Analisi dell'efficienza relativa delle strutture di ricovero con il metodo DEA. Il caso degli ospedali del Veneto. Режим доступа: https://www.researchgate.net/publication/237225703.

148. Remington, P.L., Catlin, B.B. & Gennuso, K.P. The County Health Rankings: rationale and methods. Popul Health Metrics 13, 11 (2015). Режим доступа: https://doi.org/10.1186/s12963–015–0044–2.

149. Smith C, Christiansen T, Dick D, Howden JS, Wasylak T, Werle J. Performance management tools motivate change at the frontlines. Healthc Manag Forum, 2014, 27, 1 p. 5–9. Режим доступа: https://doi.org/10.1016/j.hcmf.2013.12.003.

150. Speckbacher G, Bischof J, Pfeiffer T. A descriptive analysis on the implementation of balanced scorecards in German–speaking countries. Manag Account Res, 2003, 14, p.361–388.

151. The evolving role of patient preference studies in health–care decision–making, from clinical drug development to clinical care management / Y. Jackson, E. Janssen, R. Fischer [et al.] // Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res, 2019, Vol. 19, № 4, p. 383–396.

152. van Ineveld M, van Oostrum J, Vermeulen R, Steenhoek A, van de Klundert J. Productivity and quality of Dutch hospitals during system reform // Health Care Management Science, 2016, Vol.19, No.3, p.79–90.

153. Watson, M. Panel discussion on the application of MCDA tools / M. Watson // Cost Eff Resour Alloc, 2018, Vol. 9, № 16, p. 40.

154. Wang, H., Bian, C., Li, N., Xu, S., Wu, J., & Zhao, Y. Establishing the county–level medical institutions performance evaluation indicator system based on the PATH model. Chinese Journal of Hospital Administration, 2018 34(5), p. 366–370. Режим доступа: https://doi.org/10.3760/CMA.J.ISSN.1000–6672.2018.05.003.

155. Woohyun C., Sunhee L., Hye Y.K., Myongkeun K. Setting national priorities for quality assessment of health care services in Korea, 2005. Режим доступа: http://dx.doi.org/10.1093/intqhc /mzi018157–165.

156. Widyasari NLG, Adi NR. Balanced scorecard implementation in the government hospital. Russ J Agric Socio–Economic Sci, 2019,93, p.285–291.

157. Yuce, T. K., Barnard, C., Hobson, L., & Bilimoria, K. Y. The Imperfect Science of Publicly Reported Hospital Rating Systems: Lessons From Credit Rating Agencies. Quality Management in Health Care, 2022, 32, p.127–130. Режим доступа: https://doi.org/10.1097/QMH.0000000000000378.

Источники статистических данных

158. Росстат. Рынок труда, занятость и заработная плата. Среднемесячная начисленная номинальная и реальная заработная плата работников

организаций. Режим доступа: https://rosstat.gov.ru/labor_market_employment_salaries.

159. Росстат. Официальная статистика. Население. Здравоохранение. Лечебно–профилактическая помощь. Число больничных организаций на конец отчетного года. Число амбулаторно–поликлинических организаций на конец отчетного года. Режим доступа: https://rosstat.gov.ru/folder/13721.

160. Росстат. Информационно–аналитические материалы Сведения по заработной плате работников в организациях по категориям персонала и профессиональным группам. Режим доступа: https://rosstat.gov.ru/compendium/document/60671.

161. Росстат. Статистические издания. Регионы России. Социально–экономические показатели. Режим доступа: https://rosstat.gov.ru/folder/210/document/13204.

162. Росстат. Рынок труда, занятость и заработная плата. Среднемесячная начисленная номинальная и реальная заработная плата работников организаций. Режим доступа: https://rosstat.gov.ru/labor_market_employment_salaries.

163. Сборник «Показатели эффективности использования ресурсов здравоохранения города Москвы в разрезе административных округов за 2019–2023 годы». Режим доступа: https://niioz.ru/upload/iblock/d5d/d5d55addcf56869b22f7edb422f19822.jpg в режиме корпоративного доступа.

164. Сборник «Показатели эффективности использования ресурсов здравоохранения города Москвы в разрезе административных округов за 2018–2022 годы». Режим доступа: https://niioz.ru/upload/iblock/586/58677af59158138ae5d6e110da383f8b.pdf в режиме корпоративного доступа.

165. Сборник «Показатели эффективности использования ресурсов здравоохранения города Москвы в разрезе административных округов за 2016–2020 гг.». Режим доступа: https://niioz.ru/moskovskaya–

meditsina/izdaniya–nii/sborniki/pokazateli–effektivnosti–ispolzovaniya–resursov–zdravookhraneniya–goroda–moskvy–v–razreze–administra/в режиме корпоративного доступа.

Интернет–источники

166. Bloomberg составил мировой рейтинг по уровню здоровья населения. Режим доступа: https://tass.ru/obschestvo/6156240.

167. Здоровая конкуренция: зачем нужны рейтинги медицинских учреждений. Режим доступа: https://vm.ru/moscow/1092267–zdorovaya–konkurenciya–zachem–nuzhny–rejtingi–medicinskih–uchrezhdenij.

168. Институт Legatum определил Россию на 84–е место в мире по качеству медицинской помощи. Режим доступа: https://medvestnik.ru/content/news/Institut–Legatum–opredelil–Rossiu–na–84–e–mesto–v–mire–po–kachestvu–medicinskoi–pomoshi.html?ysclid=m8lg55532909430906.

169. KPI без фанатизма: применим ли этот метод оценки эффективности в медицине. Режим доступа: https://www.vshouz.ru/news/analitika/wcs–2323/.

170. KPI как просто. Зачем Минздраву новые инструменты аудита региональной медицины. Режим доступа: https://vademec.ru/article/kpi_kak_prosto–_zachem_minzdravu_novye_instrumenty_audita_regionalnoy_meditsiny/.

171. Lissitsa, A, Babiéceva T. Анализ оболочки данных (DEA) – современная методика определения эффективности производства. Discussion Paper, No. 164. Institute of Agricultural Development in Central and Eastern Europe (IAMO), Halle (Saale). Режим доступа: https://www.econstor.eu/bitstream/10419/28581/1/374265275.pdf.

172. Министерство здравоохранения Республики Татарстан, 2022. Режим доступа: https://minzdrav.tatarstan.ru/ .

173. Medstat Лучшая информация. Лучшие результаты. Режим доступа: https://medstat.eu/en/company/.

174. Методические рекомендации по проведению аудита эффективности. Утверждены Коллегией Счетной палаты Российской Федерации (протокол от 28 сентября 2021 г. № 63К (1506). Режим доступа: https://pravo.ppt.ru/protokol/288546.

175. Московская медицина. Режим доступа: https://mosgorzdrav.ru/myclinic, https://mosgorzdrav.ru/onko?ysclid=llmfdfu5lf869042567.

176. Особенности применения статистических методов при построении рейтингов. Режим доступа: https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti–primeneniya–statisticheskih–metodov–pri–postroenii–reytingov.

177. Премия Startsmile Top: в Москве наградили лучшие частные стоматологии страны. Режим доступа: https://www.forbes.ru/forbes–agenda/515508–premia–startsmile–top–v–moskve–nagradili–lucsie–castnye–stomatologii–strany.

178. Применение метода анализа среды функционирования DEA для сравнительной оценки эффективности медицинских учреждений муниципальных образований (кейс Свердловской области). Режим доступа: https://docs.yandex.ru/docs/view?tm=1703159493&tld=ru&lang=ru&name=5gze.docx&tex.

179. Рейтинг регионов 2021. Режим доступа: https://longreads.expertnw.com/page29811007.html#rec482294985

180. Российский институт стандартизации. Каталог DIN — национальные стандарты Германии. Режим доступа:https://www.gostinfo.ru/catalog/Details/?id=4035364.

181. SMART – технология постановки целей для их успешного достижения // Мотивация жизни. Режим доступа: https://lifemotivation.online/razvitie–lichnosti/lichnostnyj–rost/smart–tehnologiya–postanovki–tselej.

182. Устав ВОЗ. Режим доступа: https:// www.who.int.

183. Эффективность систем здравоохранения регионов России, 2019. Режим доступа: https://roscongress.org/materials/effektivnost–sistem–zdravookhraneniya–regionov–rossii–2019/.

184. America’s health rankings. Режим доступа: https://www.americashealthrankings.org/about/methodology/our–reports.

185. America's Best Hospitals: the 2024–2025 Honor Roll and Overview. Режим доступа: https://health.usnews.com/health–care/best–hospitals/articles/best–hospitals–honor–roll–and–overview.

186. Australian Government. Australian Institute of Health and Welfare. Режим доступа: https://www.aihw.gov.au/.

187. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) Hospital Compare Data “Quality Measures”. Режим доступа: https://www.nber.org/research/data/centers–medicare–medicaid–services–cms–hospital–compare–data.

188. Choosing the Best Hospital. Режим доступа: https://www.hospitalsafetygrade.org/your–hospitals–safety–grade/choosing–the–best–hospital.

189. Countries With The Best Health Care Systems, 2024. Режим доступа: https://ceoworld.biz/2024/04/02/countries–with–the–best–health–care–systems–2024/.

190. Definition of Rating: Merriam–Webster dictionary, 2024. Режим доступа: https://www.merriam–webster.com/dictionary/rating.

191. Definition of Rating: Oxford English Dictionary (OED), 2024. Режим доступа: https://www.oed.com/search/dictionary/?scope=Entries&q=rating.

192. Euro Health Consumer Index by Country 2025. Режим доступа: https://worldpopulationreview.com/country–rankings/euro–health–consumer–index–by–country.

193. Global Burden of Disease (GBD). Режим доступа: https://www.healthdata.org/research–analysis/gbd–data.

194. Health at a Glance: Europe 2024. Режим доступа: https://www.oecd.org/en/publications/health–at–a–glance–europe–2024_b3704e14–en.html.

195. Health Care Index by Country 2025. Режим доступа: https://www.numbeo.com/health–care/rankings_by_country.jsp.

196. HCAHPS Hospital Consumer assessment. Режим доступа: https://hcahpsonline.org/en/quality–assurance/.

197. NHS England. “Statistics on NHS Outcomes Framework”. Режим доступа: https://www.england.nhs.uk/?s=Statistics+on+NHS+Outcomes+Framework.

198. NHS Performance Ratings. Режим доступа: https://image.guardian.co.uk/sys–files/Society/documents/2002/07/24/nhsratings.pdf.

199. Newsweek World’s Best Hospitals 2025. Режим доступа: https://www.sunwaymedical.com/en/accreditations–awards/newsweek–worlds–best–hospitals–2025.

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Таблица 1–1

Перечень показателей, предлагаемых для включения в рейтинг медицинских организаций, оказывающих взрослому населению первичную медико–санитарную помощь

№	Наименование показателя	Ед. изм.
I. Показатели обеспеченности ресурсами		
1	Доходы МО в расчете на одного прикрепленного гражданина	руб./чел.
2	Обеспеченность врачами терапевтического профиля (ВОП, терапевт) в расчете на 100 тыс. численности прикрепленного населения	Чел./100 тыс. нас.
3	Укомплектованность (число занятых должностей к числу штатных должностей) медицинской организации врачами специалистами (1 уровень: оториноларинголог, офтальмолог, уролог, хирург и 2 уровень: кардиолог, невролог, эндокринолог)	%
4	Доля врачей с высшей и первой квалификационными категориями (звание «московский врач», ученая степень) в общей численности врачей	%
5	Удельный вес медицинского оборудования со сроком эксплуатации 10 лет и более в общем количестве медоборудования, находящемся на балансовом учете,	%
6	Удельный вес медицинского оборудования, введенного в эксплуатацию за последние 3 года	%
7	Число среднегодовых пациенто–мест в дневном стационаре (с учетом смен работы)	пациенто–мест
II. Показатели качества управления ресурсами		
а) финансовые ресурсы		
8	Отношение суммы полученных доходов с учетом остатков на начало отчетного периода к сумме произведенных расходов	%
9	Удельный вес суммы немедицинских расходов в общей сумме произведенных расходов	%
10	Отклонение фактически исполненных назначений по расходам плана ФХД от скорректированного планового показателя расходов	%
11	Удельный вес фонда оплаты труда медицинского персонала в общем фонде оплаты труда работников МО	%
12	Отношение просроченной кредиторской задолженности к балансовой стоимости активов МО	%
	б) кадровые ресурсы	
13	Отношение уровня начисленной среднемесячной заработной платы врачей к уровню среднемесячной начисленной заработной платы работников в регионе	%

Продолжение Таблицы 1–1

14	Отношение уровня начисленной среднемесячной заработной платы среднего медицинского персонала к уровню среднемесячной начисленной заработной платы работников в регионе	%
15	Отношение количества посещений к числу врачей–терапевтов/ВОП, осуществляющих прием населения в медицинской организации (нагрузка на врача)	кол/число
16	Отношение количества посещений к численности врачей 1 уровня (офтальмолог, ЛОР, хирург, уролог), осуществляющих прием населения в медицинской организации (нагрузка на врача)	кол/число
17	Отношение количества посещений к численности врачей 2 уровня (кардиолог, невролог, эндокринолог), осуществляющих прием населения в медицинской организации (нагрузка на врача)	кол/число
	в) материально–технические ресурсы	
18	Интенсивность использования медицинского оборудования (среднее значение)	%
19	Удельный вес количества дней простоя медицинского оборудования в общем количестве дней работы за отчетный период (среднее значение)	%
III. Показатели доступности медицинской помощи (показатели качества управления процессами доступности)		
20	Необеспеченность или доля пациентов в «красной зоне» (включая нереализованный спрос) по самозаписи к врачам–терапевтам участковым/ВОП (на четвертый день и позднее) за отчетный период	%
21	Доля пациентов с временем ожидания приема врача–терапевта за пределами «зеленой зоны» (более 20 минут) за отчетный период	%
22	Доля пациентов с недопустимым временем ожидания приема дежурного врача (60 минут)	%
23	Доля состоявшихся приемов дежурного врача в общем количестве пациентов, зарегистрированных в электронной очереди	%
24	Необеспеченность или доля пациентов в «красной зоне» (включая нереализованный спрос) по самозаписи к специалистам (4), к которым разрешена самостоятельная запись на прием (на восьмой день)	%
25	Необеспеченность или доля пациентов в «красной зоне» (включая нереализованный спрос) к врачам специалистам (кардиолог, невролог, эндокринолог –3) 2 уровня, к которым не разрешена самостоятельная запись на прием (на одиннадцатый день)	%
26	Необеспеченность или доля пациентов в «красной зоне» (включая нереализованный спрос) к врачам ультразвуковой и функциональной диагностики (на одиннадцатый день)	%
27	Необеспеченность или доля пациентов, начавших получать медицинскую помощь в дневном стационаре после 10 дня от даты выписки направления врача)	%
28	Доля исследований на медицинском оборудовании по платным медицинским услугам в общем количестве исследований	%

Продолжение таблицы 1–1

IV. Показатели качества управления результатами: организация и качество медицинской помощи		
29	Доля уникальных пациентов, посетивших МО в общем количестве прикрепленного населения	%
30	Доля посещений с профилактической целью в общем количестве посещений	%
31	Доля уникальных пациентов, прикрепленных к МО (УПД) прошедших диспансеризацию (ДОГВН) и профилактический медицинский осмотр (ПМО) в течение последних 3–х лет в общей численности населения, прикрепленного к медицинской организации	%
32	Доля граждан, прошедших ДОГВН (1 этап) и ПМО не более, чем за 3 визита в медицинскую организацию	%
33	Доля случаев заболевания, выявленного при проведении профилактического медицинского осмотра (диспансеризации) с впервые в жизни установленным диагнозом в общем количестве выявленных заболеваний с впервые установленным диагнозом	%
34	Доля пациентов, в отношении которых соблюдена периодичность приемов с целью диспансерного наблюдения	%
35	Доля лиц, вызвавших скорую медицинскую помощь по причине заболеваний, по которым они находятся на диспансерном наблюдении, от общего количества лиц, находящихся на диспансерном наблюдении	%
36	Доля экстренных госпитализаций лиц, находящихся на диспансерном наблюдении у врача–терапевта в общем числе госпитализаций пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении	%
37	Смертность прикрепленного населения на дому в расчете на 10 тыс. прикрепленного населения	случаев/10 тыс. чел.
Перечень показателей, характеризующих результаты с позиции пациентов (на основе анкетирования или социологического опроса)		
38	Доля граждан, удовлетворенных доступностью записи на прием к врачу по самозаписи или к врачу специалисту по направлению, из общего числа анкетированных	%
39	Доля граждан, удовлетворенных условиями пребывания (сроками ожидания приема врача) в медицинской организации и организации медицинской помощи из общего числа анкетированных	%
40	Доля граждан, удовлетворенных сроками ожидания диагностического исследования (инструментального, лабораторного) из общего числа анкетированных, которым требовалось проведение диагностических исследований	%
41	Доля граждан из общего числа анкетированных, которым пришлось обращаться за платными медицинскими услугами в связи с тем, что в медицинской организации, к которой они прикреплены, данные услуги не были оказаны бесплатно	%

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Таблица 2–1

Перечень первичных данных (поля), необходимых для расчета показателей, предлагаемых для включения в рейтинг медицинских организаций, оказывающих взрослому населению первичную медико–санитарную помощь

№ поля	№ пок.	Наименование (первичных данных) поля	Источник данных
1	1, 8	Сумма доходов за отчетный период, руб.	ф.0503737
2	1, 2, 29, 30	(Численность прикрепленного населения на начало периода + Численность прикрепленного населения на конец периода) /2, чел.	ФФСН №30
3	2, 15	Число занятых физическими лицами штатных должностей врачей терапевтов + ВОП, чел.	ФФСН №30
4	3, 16, 17	Число занятых физическими лицами штатных должностей врачей специалистов ((1 уровень: оториноларинголог, офтальмолог, уролог, хирург и 2 уровень: кардиолог, невролог, эндокринолог), ед.	ФФСН №30
5	3	Число штатных должностей врачей специалистов ((1 уровень: оториноларинголог, офтальмолог, уролог, хирург и 2 уровень: кардиолог, невролог, эндокринолог), ед.	ФФСН №30
6	4	Число врачей с высшей и первой квалификационными категориями ((звание «московский врач», ученая степень), чел.	ФФСН №30
7	4	Общая численность врачей (физические лица), чел.	ФФСН №30
8	5	Количество медицинского оборудования (выбранные виды) со сроком эксплуатации 10 лет и более, ед.	ЕМИАС. Медоборудование
9	5	Общее количество медицинского оборудования (выбранные виды), находящегося на балансовом учете, ед.	ЕМИАС. Медоборудование
10	6	Количество медицинского оборудования (выбранные виды) со сроком эксплуатации 3 года и менее, ед.	ЕМИАС. Медоборудование
11	6	Общее количество медицинского оборудования (выбранные виды), находящегося на балансовом учете, ед.	ЕМИАС. Медоборудование
12	7	Проведено пациентов дней в дневном стационаре, пациенто–дней	ФФСН №14ДС
13	7	Число среднегодовых пациенто–мест (с учетом смен работы)	ФФСН №14ДС
14	8	Сумма остатков на начало отчетного периода, руб.	ф.0503730
15	8, 9, 10	Сумма произведенных расходов за отчетный период, руб.	ф.0503737

Продолжение таблицы 2–1

16	9	Сумма немедицинских расходов, руб.	Учетные данные МО
17	10	Сумма утвержденных плановых назначений с учетом корректировки, руб.	ф.0503737
18	11	Фонд начисленной заработной платы медицинского персонала, руб.	ф.0503737, Учетные данные МО
19	11	Фонд начисленной заработной платы всех работников МО, руб.	ф.0503737, Учетные данные МО
20	12	Просроченная кредиторская задолженность	ф.0503769
21	12	Балансовая стоимость активов	ф.0503730
22	13	Среднемесячная начисленная заработная плата врачей, руб.	ЗП–здрав
23	13, 14	Среднемесячная начисленная заработная плата работников в регионе, руб.	Росстат
24	14	Среднемесячная начисленная заработная плата среднего медицинского персонала, руб.	ЗП–здрав
25	15	Количество посещений населением врачей–терапевтов + ВОП, ед.	ФФСН №30
26	16	Количество посещений населением врачей специалистов 1 уровня (офтальмолог, ЛОР, хирург, уролог), ед.	ФФСН №30
27	17	Количество посещений населением врачей специалистов 2 уровня (кардиолог, невролог, эндокринолог), ед.	ФФСН №30
28	18, 28	Количество исследований на медицинском оборудовании (выбранные виды) за отчетный период, включая платные медицинские услуги, ед.	ЕМИАС. Медоборудование
29	18	Технически допустимое количество исследований за дни работы медицинского оборудования (выбранные виды) за отчетный период, ед.	ЕМИАС. Медоборудование
30	19	Количество дней простоя медицинского оборудования (выбранные виды) за отчетный период, ед.	ЕМИАС. Медоборудование
31	19	Общее количество дней работы и простоя медицинского оборудования (выбранные виды) за отчетный период, ед.	ЕМИАС. Медоборудование
32	20	Число пациентов в зоне «недопустимое» (на 4–й день и позднее) и «неудовлетворенный спрос» по самозаписи к врачам–терапевтам участковым + ВОП, чел.	ЕМИАС. Доступность МП
33	20	Общее число пациентов, записавшихся и пытавшихся записаться на прием врачам–терапевтам участковым/ВОП по самозаписи, чел.	ЕМИАС. Доступность МП
35	21	Число приемов пациентов с временем ожидания врача–терапевта менее 20 минут, чел.	ЕМИАС Структура записей

Продолжение таблицы 2–1

36	21	Общее число приемов врача–терапевта по предварительной записи, чел.	ЕМИАС Структура записей
37	22	Число пациентов, ожидающих прием более установленного порога времени (недопустимое время ожидания – 60–90 и более 90 мин.), чел.	ЕМИАС Дежурные врачи
38	22, 23	Общее количество состоявшихся приемов дежурного врача, чел.	ЕМИАС Дежурные врачи
39	23	Количество пациентов, зарегистрированных в электронную очередь к дежурному врачу, чел.	ЕМИАС Дежурные врачи
40	24	Число пациентов в зоне «недопустимое» (на 8–й день и позднее) и «неудовлетворенный спрос» по самозаписи к врачам специалистам 1 уровня (офтальмолог, ЛОР, хирург, уролог), чел.	ЕМИАС. Доступность МП
41	24	Общее число пациентов, записавшихся и пытавшихся записаться на прием к врачам специалистам 1 уровня (офтальмолог, ЛОР, хирург, уролог) по самозаписи, чел.	ЕМИАС. Доступность МП
42	25	Число пациентов в зоне «недопустимое» (на 11–й день и позднее) и «неудовлетворенный спрос» к врачам специалистам 2 уровня (кардиолог, невролог, эндокринолог), к которым не разрешена самостоятельная запись на прием, чел.	ЕМИАС. Доступность МП врачей 2 уровня
43	25	Общее число пациентов, записавшихся и пытавшихся записаться на прием к врачам специалистам 2 уровня (кардиолог, невролог, эндокринолог), к которым не разрешена самостоятельная запись на прием, чел.	ЕМИАС. Доступность МП врачей 2 уровня
44	26	Число пациентов в зоне «недопустимое» и «неудовлетворенный спрос» к врачам ультразвуковой и функциональной диагностики (на одиннадцатый день), чел.	ЕМИАС. Доступность МП врачей 2 уровня
45	26	Общее число пациентов, записавшихся и пытавшихся записаться на прием к врачам ультразвуковой и функциональной диагностики, чел.	ЕМИАС. Доступность МП врачей 2 уровня
46	27	Проведено пациентов дней в дневном стационаре, пациенто–дней	ФФСН №14ДС
47	27	Необеспеченность или доля пациентов, начавших получать медицинскую помощь в дневном стационаре после 10 дня от даты выписки направления врача)	Учетные данные МО
48	28	Количество исследований на медицинском оборудовании (выбранные виды) за отчетный период по платным медицинским услугам, ед.	ЕМИАС. Медоборудование

Продолжение таблицы 2–1

49	29	Количество уникальных пациентов, посетивших МО за отчетный период, чел.	ЕМИАС
50	30	Количество посещений МО с профилактической целью, чел.	ФФСН №30
51	30	Количество посещений МО по заболеваниям, чел.	ФФСН №30
52	31	Количество уникальных пациентов из числа прикрепленных к МО, прошедших ДОГВН и ПМО в течение последних 3–х лет, чел.	ФОСО МЗ № 131о/131у
53	31	Численность прикрепленного населения (средняя за 3–х летний отчетный период), чел.	ФФСН №30
54	32	Количество граждан, прошедших ДОГВН (1 этап) и ПМО не более, чем за 3 визита в медицинскую организацию, чел.	ФОСО МЗ № 131о/131у
55	32	Общее количество граждан, прошедших ДОГВН (1 этап) и ПМО , за отчетный период, чел.	ФОСО МЗ № 131о/131у
56	33	Число случаев заболевания, выявленного при проведении профилактического медицинского осмотра (диспансеризации) с впервые в жизни установленным диагнозом, случай	ФФСН №12
57	33	Общее число случаев заболевания, выявленного с впервые в жизни установленным диагнозом, случай	ФФСН №12
58	34	Число лиц, у которых соблюдена периодичность приемов с целью диспансерного наблюдения, чел.	Учетные данные МО
59	34, 35	Общее количество лиц, находящихся на диспансерном наблюдении, чел.	ФФСН №12
60	35	Число лиц, вызвавших скорую медицинскую помощь по причине заболеваний, по которым они находятся на диспансерном наблюдении, чел.	Учетные данные МО
61	36	Число экстренных госпитализаций лиц, находящихся на диспансерном наблюдении у врача–терапевта, чел.	Учетные данные МО
62	36	Общее число госпитализаций пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении, чел.	Учетные данные МО
63	37	Количество умерших на дому, чел.	Учетные данные МО
64	38	Число граждан, удовлетворенных доступностью записи на прием к врачу по самозаписи или к врачу специалисту по направлению, чел.	Результаты анкетирования
65	38, 39, 40, 41	Число анкетированных граждан, отвечавших на вопросы, чел.	Результаты анкетирования
67	39	Число граждан, удовлетворенных условиями пребывания в медицинской организации и организации медицинской помощи, чел.	Результаты анкетирования

Продолжение таблицы 2–1

68	40	Число граждан, удовлетворенных сроками ожидания диагностического исследования (инструментального, лабораторного), чел.	Результаты анкетирования
69	41	Число граждан, которым пришлось обращаться за платными медицинскими услугами в связи с тем, что в МО, к которой они прикреплены, данные услуги не были оказаны бесплатно, чел.	Результаты анкетирования

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Таблица 3–1

Перечень показателей, используемых для построения рейтинга медицинских организаций, оказывающих взрослому населению ПМСП

№ п/п	Наименование показателя	Ед. изм.
	Показатели обеспеченности ресурсами	
1	Доходы МО в расчете на одного прикрепленного гражданина	руб./чел.
2	Обеспеченность врачами терапевтического профиля в расчете на 100 тыс. численности прикрепленного населения	Чел./100 тыс. насел.
3	Укомплектованность (число занятых должностей к числу штатных должностей) медицинской организации врачами – специалистами 1–го и 2–го уровней	%
4	Доля врачей с высшей и первой квалификационными категориями в общей численности врачей	%
	Показатели качества управления (финансовыми) ресурсами	
5	Отношение суммы полученных доходов с учетом остатков на начало отчетного периода к сумме произведенных расходов	%
6	Удельный вес суммы немедицинских расходов в общей сумме произведенных расходов	%
7	Удельный вес фонда оплаты труда медицинского персонала в общем фонде оплаты труда работников МО	%
8	Отношение уровня начисленной среднемесячной заработной платы врачей к уровню среднемесячной начисленной заработной платы работников в регионе	%
9	Отношение уровня начисленной среднемесячной заработной платы среднего медицинского персонала к уровню среднемесячной начисленной заработной платы работников в регионе	%
	Показатели доступности медицинской помощи (показатели качества управления процессами доступности и результата)	
10	Необеспеченность или доля пациентов в «красной зоне» (включая нереализованный спрос) по самозаписи к врачам–терапевтам (на четвертый день и позднее) за отчетный период	%
11	Доля пациентов с временем ожидания приема врача–терапевта за пределами «зеленой зоны» (более 20 минут) за отчетный период	%
12	Доля пациентов с недопустимым временем ожидания приема дежурного врача (60 минут)	%
13	Доля состоявшихся приемов дежурного врача в общем количестве пациентов, зарегистрированных в электронной очереди	%
14	Необеспеченность или доля пациентов в «красной зоне» (включая нереализованный спрос) по самозаписи к специалистам, к которым разрешена самостоятельная запись на прием (на восьмой день)	%
15	Необеспеченность или доля пациентов в «красной зоне» (включая нереализованный спрос) к врачам специалистам, к которым не разрешена самостоятельная запись на прием (на одиннадцатый день)	%
16	Доля посещений с профилактической целью в общем количестве посещений	%

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Таблица 4–1

Форма заполнения первичных данных для расчета бальных оценок (РА)

№п/п	Показатели обеспеченности ресурсами (А)	Значение показателя (Pn)	Вес (X)	Значение критерия (Yn)	Уровень сложности (Zn)	Формула расчета РА	Значение Yn для Z=1	Значение Yn для Z=2	Значение Yn для Z=3	Значение Yn для Z=4
1	**Доходы МО в расчете на одного прикрепленного гражданина, руб./чел.**	**N1/D1**	0,4			Xn × (Pn/Yn+ Zn)	≥ 5000	≥ 6000	≥ 7000	≥ 8000
N1	Сумма доходов за отчетный период, руб.	ввод								
D1	Численность прикрепленного населения, средняя за отчетный период, чел.	(D1.1+D1.2)/ 2								
D1.1	Численность прикрепленного населения (на начало отчетного периода), чел.	ввод								
D1.2	Численность прикрепленного населения (на конец отчетного периода), чел.	ввод								
2	**Обеспеченность врачами терапевтического профиля (ВОП, терапевт) в расчете на 10 тыс. численности прикрепленного населения, чел./10 тыс. нас.**	**N2/D2*10000**	0,25			Xn × (Pn/Yn+ Zn)	≥ 5,5	≥ 6,0	≥ 6,5	≥ 7,0
N2	Число занятых физическими лицами штатных должностей врачами терапевтического профиля (ВОП, терапевт), чел.	N2.1+N2.2								
D2	Численность прикрепленного населения (средняя за отчетный период), чел.	(D1.1+D1.2)/ 2								

Продолжение таблицы 4–1

N2.1	Число занятых физическими лицами штатных должностей врачей терапевтов, чел.	ввод								
N2.2	Число занятых физическими лицами штатных должностей ВОП, чел.	ввод								
D1.1	Численность прикрепленного населения (на начало отчетного периода), чел.	ввод								
D1.2	Численность прикрепленного населения (на конец отчетного периода), чел.	ввод								
3	**Укомплектованность медицинской организации врачами специалистами (оториноларинголог, офтальмолог, уролог, хирург, кардиолог, невролог, эндокринолог), %**	**N3/D3**	0,25			Xn × (Pn/Yn+ Zn)	≥ 80	≥ 85	≥ 90	≥ 95
N3	Число занятых физическими лицами штатных должностей врачей специалистов (7 ед.), чел.	Сумма (N3.1–N3.7)								
D3	Число штатных должностей врачей специалистов (7 ед.), чел.	Сумма (D3.1–D3.7)								
N3.1	Число занятых физическими лицами штатных должностей врачей оториноларинголог, чел.	ввод								
N3.2	Число занятых физическими лицами штатных должностей врачей офтальмолог, чел.	ввод								
N3.3	Число занятых физическими лицами штатных должностей врачей уролог, чел.	ввод								
N3.4	Число занятых физическими лицами штатных должностей врачей хирург, чел.	ввод								
N3.5	Число занятых физическими лицами штатных должностей врачей кардиолог, чел.	ввод								

Продолжение таблицы 4–1

N3.6	Число занятых физическими лицами штатных должностей врачей невролог, чел.	ввод								
N3.7	Число занятых физическими лицами штатных должностей врачей эндокринолог, чел.	ввод								
D3.1	Число штатных должностей врачей оториноларингологов, ед.	ввод								
D3.2	Число штатных должностей врачей – офтальмологов, ед.	ввод								
D3.3	Число штатных должностей врачей – урологов, ед.	ввод								
D3.4	Число штатных должностей врачей – хирургов, ед.	ввод								
D.3.5	Число штатных должностей врачей – кардиологов, ед.	ввод								
D3.6	Число штатных должностей врачей – неврологов, ед.	ввод								
D3.7	Число штатных должностей врачей – эндокринологов, ед.	ввод								
4	**Доля врачей с высшей и первой квалификационными категориями /звание московский врач /ученая степень в общей численности врачей, %**	**(N4.1+N4.2)/ D4**	0,1			Xn × (Pn/Yn+ Zn)	≥ 10	≥ 15	≥ 20	≥ 25
N4.1	Число врачей с высшей квалификационной категорией, чел.	ввод								
N4.2	Число врачей с первой квалификационной категорией, чел.	ввод								
D4	Общая численность врачей (физические лица), чел.	ввод								
	Индикаторы качества управления финансовыми ресурсами (B)									
5	**Отношение суммы доходов с учетом остатков на начало отчетного периода к произведенным расходам, %**	**(N5.1+N5.2)/ D5**	0,25			Xn × (Pn/Yn+ Zn)	≥ 108	≥ 115	≥ 125	≥ 135
N5.1	Сумма доходов за отчетный период, руб.	ввод								

Продолжение таблицы 4–1

N5.2	Сумма остатков на начало периода, руб.	ввод								
D5	Сумма произведенных расходов за отчетный период, руб.	ввод								
6	**Удельный вес немедицинских расходов в общих расходах медицинской организации, %**	**N6/D6**	0,2			Xn × (1–Pn/Yn+Zn)	≤ 25	≤ 21	≤ 18	≤ 15
N6	Сумма немедицинских расходов, руб.	ввод								
D5	Сумма произведенных расходов за отчетный период, руб.	ввод								
7	**Удельный вес фонда оплаты труда медицинского персонала, % (без внешних совместителей)**	**N7/D7**	0,25			Xn × (Pn/Yn+Zn)	≥ 70	≥ 75	≥ 80	≥ 85
N7	Фонд начисленной заработной платы (ФОТ) медицинского персонала, руб.	N7.1+N7.2+N7.3+N7.4								
D7	ФОТ всех работников МО, руб.	ввод								
N7.1	ФОТ врачей, руб.	ввод								
N7.2	ФОТ среднего медицинского (фармацевтического) персонала, руб.	ввод								
N7.3	ФОТ работников, имеющих высшее фармацевтическое или иное высшее медицинское образование, руб.	ввод								
N7.4	ФОТ младшего медицинского персонала, руб.	ввод								
8	**Отношение уровня начисленной среднемесячной заработной платы врачей к уровню среднемесячной начисленной заработной платы работников в регионе, %**	**N8/D8**	0,15			Xn × (Pn/Yn+Zn)	≥ 190	≥ 200	≥ 210	≥ 230
N8	Среднемесячная начисленная заработная плата врачей, тыс. руб.	ввод								

Продолжение таблицы 4–1

D8	Среднемесячная номинальная начисленная заработная плата работников организаций, тыс. руб.	ввод								
9	**Отношение уровня начисленной среднемесячной заработной платы среднего медицинского персонала к уровню среднемесячной начисленной заработной платы работников в регионе, %**	**N9/D9**	0,15			Xn × (Pn/Yn+ Zn)	≥ 90	≥ 100	≥ 110	≥ 130
N9	Среднемесячная начисленная заработная плата среднего медицинского персонала тыс. руб.	ввод								
D8	Среднемесячная номинальная начисленная заработная плата работников организаций, тыс. руб.	ввод								
	Индикаторы доступности и результата (C)									
10	**Необеспеченность или доля пациентов в «красной зоне» (включая нереализованный спрос) по самозаписи к врачам–терапевтам участковым/ВОП (на четвертый день и позднее) за отчетный период, %**	**(N10.1+N10. 2)/D10**	0,25			Xn × (1– Pn/Yn+Z n)	≤ 20	≤ 15	≤ 10	≤ 5
N10.1	Число случаев записи «Недопустимое время» к врачам–терапевтам (участковым/ВОП), ед.	ввод								
N10.2	Число случаев записи «Неудовлетворенный спрос» к врачам–терапевтам (участковым/ВОП), ед.	ввод								
D10	Общее число записей с учетом неудовлетворенного спроса к врачам–терапевтам (участковым/ВОП), ед.	ввод								
11	**Доля пациентов с временем ожидания приема врача–терапевта участкового/ВОП в «красной зоне» (более 20 минут) за отчетный период, %**	**(D11– N11)/D11**	0,1			Xn × (1– Pn/Yn+Z n)	≤ 20	≤ 10	≤ 7	≤ 3

Продолжение таблицы 4–1

N11	Число приемов пациентов с временем ожидания врача–терапевта (участкового/ВОП) менее 20 минут, ед.	ввод								
D11	Общее число приемов врача–терапевта (участкового/ВОП) по предварительной записи, ед.	ввод								
12	**Доля пациентов с недопустимым временем ожидания приема дежурного врача (60 минут), %**	**N12/D12**	0,05			Xn × (1–Pn/Yn+Zn)	≤ 20	≤ 10	≤ 7	≤ 3
N12	Число пациентов, ожидающих прием более установленного порога времени (недопустимое время ожидания – более 60 мин.), чел.	ввод								
D12	Общее количество состоявшихся приемов дежурного врача, чел.	ввод								
13	**Доля состоявшихся приемов дежурного врача в общем количестве пациентов, зарегистрированных в электронной очереди, %**	**N13/D13**	0,05			Xn × (Pn/Yn+Zn)	≥ 75	≥ 80	≥ 85	≥ 90
N13	Общее количество состоявшихся приемов дежурного врача, чел.	ввод								
D13	Количество пациентов, зарегистрированных в электронную очередь к дежурному врачу, чел.	ввод								
14	**Необеспеченность или доля пациентов в «красной зоне» (включая нереализованный спрос) по самозаписи к врачам специалистам (4), к которым разрешена самостоятельная запись на прием (на восьмой день), %**	**Средняя (S14.1–S14.4)**	0,2			Xn × (1–Pn/Yn+Zn)	≤ 20	≤ 15	≤ 10	≤ 5
S14.1	Необеспечнность по самозаписи к врачу – оториноларингологу, %	(N14.1.1+N14.1.2)/D14.1								
S14.2	Необеспечнность по самозаписи к врачу – офтальмологу, %	(N14.2.1+N14.2.2)/D14.2								

Продолжение таблицы 4–1

S14.3	Необеспечнность по самозаписи к врачу – хирургу, %	(N14.3.1+N14.3.2)/D14.3								
S14.4	Необеспечнность по самозаписи к врачу – урологу, %	(N14.4.1+N14.4.2)/D14.4								
N14.1.1	Число случаев записи «Недопустимое время», врач – оториноларинголог, ед.	ввод								
N14.1.2	Число случаев записи «Неудовлетворенный спрос», врач – оториноларинголог, ед.	ввод								
D14.1	Общее число записей с учетом неудовлетворенного спроса, врач – оториноларинголог, ед.	ввод								
N14.2.1	Число случаев записи «Недопустимое время», врач – офтальмолог, ед.	ввод								
N14.2.2	Число случаев записи «Неудовлетворенный спрос», врач – офтальмолог, ед.	ввод								
D14.2	Общее число записей с учетом неудовлетворенного спроса, врач – офтальмолог, ед.	ввод								
N14.3.1	Число случаев записи «Недопустимое время», врач – хирург, ед.	ввод								
N14.3.2.	Число случаев записи «Неудовлетворенный спрос», врач – хирург, ед.	ввод								
D14.3	Общее число записей с учетом неудовлетворенного спроса, врач –хирург, ед.	ввод								
N14.4.1	Число случаев записи «Недопустимое время», врач – уролог, ед.	ввод								
N14.4.2	Число случаев записи «Неудовлетворенный спрос», врач – уролог, ед.	ввод								

Продолжение таблицы 4–1

D14.4	Общее число записей с учетом неудовлетворенного спроса, врач – уролог, ед.	ввод								
15	**Необеспеченность или доля пациентов в «красной зоне» (включая нереализованный спрос) к врачам специалистам (кардиолог, невролог, эндокринолог – 3) 2 уровня, к которым не разрешена самостоятельная запись на прием (на одиннадцатый день), %**	**Средняя (S15.1–S15.3)**	0,2			Xn × (1–Pn/Yn+Zn)	≤ 20	≤ 15	≤ 10	≤ 5
S15.1	Необеспечнность по самозаписи к врачу – кардиологу, %	(N15.1.1+N15.1.2)/D15.1								
S15.2	Необеспечнность по самозаписи к врачу – неврологу, %	(N15.2.1+N15.2.2)/D15.2								
S15.3	Необеспечнность по самозаписи к врачу – эндокринологу, %	(N15.3.1+N15.3.2)/D15.3								
N15.1.1	Число случаев записи «Недопустимое время», врач – кардиолог, ед.	ввод								
N15.1.2	Число случаев записи «Неудовлетворенный спрос», врач – кардиолог, ед.	ввод								
D15.1	Общее число записей с учетом неудовлетворенного спроса, врач – кардиолог, ед.	ввод								
N15.2.1	Число случаев записи «Недопустимое время», врач – невролог, ед.	ввод								
N15.2.2	Число случаев записи «Неудовлетворенный спрос», врач – невролог, ед.	ввод								
D15.2	Общее число записей с учетом неудовлетворенного спроса, врач – невролог, ед.	ввод								
N15.3.1	Число случаев записи «Недопустимое время», врач – эндокринолог, ед.	ввод								

Продолжение таблицы 4–1

N15.3.2	Число случаев записи «Неудовлетворенный спрос», врач – эндокринолог, ед.	ввод								
D15.3	Общее число записей с учетом неудовлетворенного спроса, врач – эндокринолог, ед.	ввод								
16	**Доля посещений с профилактической и иными целями в общем количестве посещений, %**	**(D16–N16)/D16**	0,15			Xn × (Pn/Yn+ Zn)	≥ 15	≥ 20	≥ 25	≥ 30
N16	Количество посещений в связи с заболеванием, ед.	ввод								
D16	Общее количество посещений, ед.	ввод								

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

Таблица 5–1

Рейтинг медицинских организаций на основе индекса эффективности Ie

№ п/п	ГМО	I_e	I_c	I_a
1	МО 27	1,582	3,87	2,45
2	МО 18	1,576	3,69	2,34
3	МО 5	1,556	4,01	2,58
4	МО 36	1,372	3,50	2,55
5	МО 30	1,336	3,47	2,59
6	МО 9	1,289	4,29	3,33
7	МО 29	1,275	3,60	2,82
8	МО 3	1,270	2,94	2,31
9	МО 10	1,195	3,58	2,99
10	МО 22	1,145	2,82	2,47
11	МО 28	1,091	3,35	3,07
12	МО 7	1,090	4,21	3,86
13	МО 45	1,090	3,72	3,42
14	МО 41	1,048	4,55	4,34
15	МО 32	0,982	3,30	3,36
16	МО 21	0,964	3,83	3,97
17	МО 35	0,964	3,08	3,20
18	МО 2	0,960	3,54	3,68
19	МО 26	0,955	3,67	3,84
20	МО 20	0,921	3,07	3,33
21	МО 13	0,918	3,06	3,33
22	МО 17	0,892	3,49	3,91
23	МО 38	0,883	4,50	5,10
24	МО 6	0,877	2,78	3,17
25	МО 40	0,876	4,00	4,57
26	МО 16	0,864	3,33	3,85
27	МО 43	0,847	3,98	4,70
28	МО 31	0,824	3,47	4,21
29	МО 11	0,818	2,61	3,20
30	МО 12	0,815	2,16	2,65
31	МО 44	0,813	2,32	2,86
32	МО 4	0,798	3,91	4,90
33	МО 23	0,790	3,37	4,26
34	МО 33	0,783	2,73	3,49
35	МО 24	0,760	3,13	4,12
36	МО 8	0,738	2,84	3,84

Продолжение таблицы 5–1

37	МО 15	0,641	2,64	4,13
38	МО 25	0,640	2,50	3,91
39	МО 1	0,588	2,55	4,34
40	МО 14	0,548	1,83	3,34
41	МО 42	0,475	1,76	3,70
42	МО 34	0,450	1,57	3,48
43	МО 19	0,436	1,85	4,25
44	МО 39	0,345	1,34	3,89
45	МО 37	0,272	1,05	3,84

ПРИЛОЖЕНИЕ 6

Таблица 6–1

Рейтинг медицинских организаций на основе индекса эффективности Ie1

№ п/п	ГМО	I_{e1}	I_c	I_a	$I_в$
1	МО 18	0,930	3,69	2,34	1,62
2	МО 9	0,906	4,29	3,33	1,41
3	МО 5	0,791	4,01	2,58	2,49
4	МО 27	0,771	3,87	2,45	2,58
5	МО 45	0,749	3,72	3,42	1,56
6	МО 41	0,746	4,55	4,34	1,76
7	МО 29	0,739	3,60	2,82	2,04
8	МО 7	0,718	4,21	3,86	2,00
9	МО 10	0,716	3,58	2,99	2,00
10	МО 21	0,710	3,83	3,97	1,43
11	МО 3	0,700	2,94	2,31	1,88
12	МО 22	0,685	2,82	2,47	1,65
13	МО 32	0,681	3,30	3,36	1,49
14	МО 20	0,677	3,07	3,33	1,20
15	МО 36	0,662	3,50	2,55	2,73
16	МО 43	0,658	3,98	4,70	1,35
17	МО 26	0,647	3,67	3,84	1,83
18	МО 28	0,644	3,35	3,07	2,13
19	МО 30	0,637	3,47	2,59	2,85
20	МО 17	0,636	3,49	3,91	1,57
21	МО 33	0,635	2,73	3,49	0,81
22	МО 23	0,619	3,37	4,26	1,18
23	МО 38	0,608	4,50	5,10	2,30
24	МО 4	0,608	3,91	4,90	1,53
25	МО 13	0,606	3,06	3,33	1,72
26	МО 6	0,584	2,78	3,17	1,59
27	МО 35	0,584	3,08	3,20	2,08
28	МО 31	0,569	3,47	4,21	1,89
29	МО 2	0,558	3,54	3,68	2,66
30	МО 16	0,556	3,33	3,85	2,13
31	МО 12	0,546	2,16	2,65	1,31
32	МО 40	0,522	4,00	4,57	3,10
33	МО 8	0,521	2,84	3,84	1,60
34	МО 24	0,521	3,13	4,12	1,89
35	МО 11	0,502	2,61	3,20	2,01
36	МО 15	0,491	2,64	4,13	1,26
37	МО 44	0,486	2,32	2,86	1,93

Продолжение таблицы 6–1

38	МО 1	0,464	2,55	4,34	1,16
39	МО 25	0,463	2,50	3,91	1,50
40	МО 42	0,344	1,76	3,70	1,41
41	МО 14	0,336	1,83	3,34	2,11
42	МО 34	0,336	1,57	3,48	1,18
43	МО 19	0,313	1,85	4,25	1,67
44	МО 39	0,258	1,34	3,89	1,31
45	МО 37	0,198	1,05	3,84	1,43

ПРИЛОЖЕНИЕ 7

Таблица 7–1

Рейтинг медицинских организаций на основе индекса эффективности Ie2

№ п/п	ГМО	I_{e2}	$I_а$	$I_в$
1	МО 30	1,098	2,59	2,85
2	МО 36	1,073	2,55	2,73
3	МО 27	1,053	2,45	2,58
4	МО 5	0,967	2,58	2,49
5	МО 3	0,814	2,31	1,88
6	МО 29	0,725	2,82	2,04
7	МО 2	0,722	3,68	2,66
8	МО 28	0,695	3,07	2,13
9	МО 18	0,694	2,34	1,62
10	МО 40	0,678	4,57	3,10
11	МО 44	0,674	2,86	1,93
12	МО 22	0,671	2,47	1,65
13	МО 10	0,669	2,99	2,00
14	МО 35	0,651	3,20	2,08
15	МО 14	0,630	3,34	2,11
16	МО 11	0,630	3,20	2,01
17	МО 16	0,553	3,85	2,13
18	МО 7	0,518	3,86	2,00
19	МО 13	0,515	3,33	1,72
20	МО 6	0,501	3,17	1,59
21	МО 12	0,493	2,65	1,31
22	МО 26	0,475	3,84	1,83
23	МО 24	0,458	4,12	1,89
24	МО 45	0,455	3,42	1,56
25	МО 38	0,451	5,10	2,30
26	МО 31	0,450	4,21	1,89
27	МО 32	0,443	3,36	1,49
28	МО 9	0,423	3,33	1,41
29	МО 8	0,417	3,84	1,60
30	МО 41	0,405	4,34	1,76
31	МО 17	0,402	3,91	1,57
32	МО 19	0,392	4,25	1,67
33	МО 42	0,382	3,70	1,41
34	МО 25	0,382	3,91	1,50
35	МО 37	0,372	3,84	1,43
36	МО 20	0,362	3,33	1,20
37	МО 21	0,359	3,97	1,43

Продолжение таблицы 7–1

38	МО 34	0,339	3,48	1,18
39	МО 39	0,338	3,89	1,31
40	МО 4	0,311	4,90	1,53
41	МО 15	0,306	4,13	1,26
42	МО 43	0,286	4,70	1,35
43	МО 23	0,277	4,26	1,18
44	МО 1	0,267	4,34	1,16
45	МО 33	0,233	3,49	0,81