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

Категория: Качество и ресурсы здравоохранения
Опубликовано: Пятница, 17 мая 2024, 11:24
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 3954

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

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

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

Теоретический базис рейтинга

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

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

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

Различаются и способы определения победителей. Победители в конкурсе

Phoca PDF

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

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

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

Phoca PDF

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

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

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

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

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

Пример организации рейтинга на региональном уровне

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

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

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

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

Phoca PDF

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

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

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

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

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

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

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

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

Phoca PDF

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Phoca PDF

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

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

2.1. Финансовое обеспечение:

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

*Финансовое исполнение в отчетном году согласованных объемов медицинской помощи жителям М.О. (%), в том числе:***
2.1.5. - круглосуточной стационарной (% выполнения плана койко-дней)
2.1.6. - амбулаторно-поликлинической (% выполнения плана посещений)
2.1.7. - стационарзамещающей (% вып. плана койко-дней дневного пребывания)
2.1.8. - скорой медицинской помощи (% выполнения плана вызовов)

2.2. Кадровое обеспечение:

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

Phoca PDF

врачебных амбулаториях М.О.
2.2.10. Число фельдшеров (физических лиц) на ФП и ФАП
2.2.11. Коэффициент совместительства врачей («-»)

2.3. Материально-техническое обеспечение:

2.3.1. Обеспеченность койками круглосуточного пребывания (на 10000 нас.) («-»)
2.3.2. Обеспеченность койками дневного пребывания всех типов (на 10000 нас.)
2.3.3. Фондовооруженность (Норматив зависит от типа и мощности ЛПУ)
2.3.4. Физический износ медицинского оборудования (%) («-»)
2.3.5. Физический износ санитарного транспорта (%) («-»)

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

3.1. Число дней госпитализации в стационары круглосуточного пребывания на 1000 жителей («-»)
3.2. Число дней госпитализации в стационары дневного пребывания на 1000 нас.
3.3. Средняя длительность пребывания больного на койке в стационарах (круглосуточные койки всех профилей) («-»)

*Среднегодовая занятость круглосуточной койки, в том числе:***
3.4. - общая по М.О. (средняя по больницам М.О.)
3.5. - городской больницы (больниц)
3.6. - центральной районной больницы
3.7. - участковых больниц (средняя по участковым больницам)

3.8. Число врачебных посещений в амбулаторно-поликлинические учреждения на 1 жителя М.О. в год
3.9. Число вызовов скорой помощи на 1000 населения («-»)

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

4.1. Общебольничный показатель летальности («-»)
4.2. Показатель досуточной летальности (%) («-»)

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

4.3.1. - непроходимость кишечника («-»)
4.3.2. - прободная язва желудка («-»)
4.3.3. - желудочно-кишечные кровотечения («-»)
4.3.4. - ущемленная грыжа («-»)

Phoca PDF

4.3.5. – острый холецистит («–»)
4.3.6. – острый панкреатит («–»)

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

4.4.1. – летальность от инфаркта миокарда («–»)
4.4.2. – досуточная летальность от инфаркта миокарда («–»)
4.4.3. – летальность от острых нарушений мозгового кровообращения («–»)

4.5. Случаи внутрибольничной инфекции среди госпитализированных (%) («–»)
4.6. Расхождение клинических и патологоанатомических диагнозов (%) («–»)

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

5.1. Показатели по социально-значимым заболеваниям:

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

1) от инфаркта миокарда среди прикрепленного населения («–»)
2) от острых нарушений мозгового кровообращения («–»)
3) от сахарного диабета и его осложнений («–»)

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

1) доля больных с впервые установленным диагнозом ЗНО, выявленных при профосмотрах (%) («–»)
2) показатель раннего выявления ЗНО
3) доля больных с запущенными формами ЗНО всех локализаций (%) («–»)
4) доля больных с запущенными формами ЗНО визуальных локализаций (%) («–»)

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

1) первичная заболеваемость всеми формами туберкулеза («–»)
2) болезненность туберкулезом («–»)
3) охват взрослого населения целевыми осмотрами на туберкулез (%)
4) доля больных с впервые установленным диагнозом туберкулеза, выявленных при профосмотрах (%) («–»)
5) показатель общей смертности от туберкулеза («–»)

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

Phoca PDF

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

5.2. Выполнение мероприятий по профилактике (форма 30):

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

6. Показатели качества медицинской помощи

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

7. Важнейшие данные, необходимые для расчётов:

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

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

Phoca PDF

больше, тем хуже»).
** Показатели данных дочерних блоков искусственно выведены в иерархии на уровень выше в связи с их относительно большой значимостью.

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

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

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

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

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

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

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

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

Phoca PDF

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

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

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

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

Формирование, содержание и использование результатов рейтинга

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

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

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

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

Phoca PDF

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Phoca PDF

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

Категория: Качество и ресурсы здравоохранения
Опубликовано: Пятница, 17 мая 2024, 11:24
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 3954

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

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

Использованные материалы:

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

Для цитирования:

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

Обсудить в Телеграм

Обсудить вКонтакте

Каталог решений Здрав.Биз.

Всегда ваш, Андрей Таевский.

Phoca PDF