

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
(обзор литературы)

А.Е. ОРЛОВ

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации, ул. Чапаевская, д. 89, Самара, Россия, 443099, e-mail: info@samsmu.ru

Аннотация. Высокое качество медицинской помощи является главной целью функционирования системы здравоохранения. В настоящее время его нельзя признать высоким. Результаты социологических опросов населения свидетельствуют о том, что достаточно большая доля пациентов не удовлетворена оказываемой медицинской помощью. Причинами указанного являются: недостаточное финансирование здравоохранения (и связанные с этим проблемы материально-технической базы, кадровой обеспеченности, заинтересованности персонала и др.), отсутствие единых согласованных (и унифицированных с общемировыми) подходов к определению, критериям (индикаторам), средствам контроля и единой системы обеспечения качества. Имеют значение и нравственно-идеологические факторы (деструктивные изменения медицинской профессии, дивергенция нравственных и профессиональных принципов, доминирование экономических аспектов во взаимоотношениях, снижение социальной активности и ответственности). Кроме того, руководители медицинских учреждений сталкиваются с проблемами теоретико-методологического характера: необходимостью четкого разграничения понятий «качество медицинской помощи», «качество медицинской услуги», «качество организации помощи» (включая доступность, деонтологические аспекты, санитарно-бытовые условия, что существенно влияет на уровень субъективной оценки). В условиях глобализации и международного сотрудничества весьма важно приблизить отечественные подходы в понимании, оценке, управлении качества медицинской помощи к мировым.

Ключевые слова: качество медицинской помощи, удовлетворенность пациентов, критерии качества.

MODERN PROBLEMS OF MEDICAL CARE QUALITY
(review of literature)

A.E. ORLOV

Samara State Medical University, street Chapaevskaya, 89, Samara, Russia, 443099, e-mail: info@samsmu.ru

Abstract. High quality of medical care is the primary goal of a health system. At the moment it can't be considered high. The results of sociological surveys presented that quite a large proportion of patients isn't satisfied with the care provided by medical assistance. The causes of this are: absence of funding for health care (and related problems of material and technical base, staffing, staff interest and other), as well as the absence of commonly agreed (and unified with the world) approaches to the definition criteria (indicators), means of verification and a unified system of quality assurance. The moral and ideological factors (destructive changes in the medical profession, the divergence of moral and professional principles, a dominance of the economic aspects of relations, reduced social activity and responsibility) are important. In addition, managers of medical institutions are the following problems of theoretical and methodological nature: the need for a clear distinction between the concepts of "quality of care", "quality of medical services", "quality organization" (including accessibility, ethical aspects, sanitary conditions, which significantly affect the level of subjective assessment). In the context of globalization and international cooperation, it is very important to bring domestic approaches to understanding, assessing, managing the quality of health care in the world.

Key words: quality of medical care, patient's satisfaction, criteria of quality.

Главной целью как системы здравоохранения в целом, так и ее отдельных структурных элементов (вплоть до конкретного медицинского работника) является оказание качественной медицинской помощи, направленной на достижение оптимально возможных показателей общественного здоровья и высокого уровня удовлетворенности населения [3].

К сожалению, данные многих исследований последних лет свидетельствуют о том, что и доступность, и должное качество медицинской помощи до настоящего времени не достигнуты [15, 25]. В первую очередь, индикатором в данном вопросе являются результаты социологических опросов населения, свидетельствующие о том, что достаточно большая часть населения и пациентов не удовлетворена оказываемой медицинской помощью [17]. 66% россиян считают, что не могут получить хорошее медицин-

Библиографическая ссылка:

Орлов А.Е. Современные проблемы качества медицинской помощи (обзор литературы) // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. №1. Публикация 4-1. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-1/4979.pdf> (дата обращения: 24.02.2015).

ское обслуживание; 58% – не удовлетворены системой здравоохранения в целом [26], что не удивительно, поскольку государственные гарантии в области оказания медицинской помощи носят декларативный характер, т.к. они не подкреплены адекватными финансовыми ресурсами.

При этом важно подчеркнуть, что запросы пациентов и отношение к проблеме качества медицинской помощи в России не только существенно отличаются по сравнению с другими странами Европы и Азии (в более «низкую» сторону), но также существенно дифференцированы среди лиц разного возраста (менее требовательными являются лица 60 лет и старше) и социального статуса (чем выше уровень достатка, тем более высок и уровень запросов) [13]. Например, крайне важным считают уважительно отношение к себе в сфере здравоохранения 92,5% опрошенных в Европе; 90,4% – в Азии и только 78,5% – в России (среди лиц 60 лет и старше – 70,7%).

Неудовлетворенность населения оказанной медицинской помощью ведет к росту числа обращений в органы управления здравоохранением, страховые медицинские организации, а также в судебные инстанции [5]. Изучение характера обращений пациентов в Министерство здравоохранения Оренбургской области [16] показало, что большинство из них связано с неудовлетворенностью пациентов доступностью, организацией и качеством медицинской помощи (в 68% – первичной; в 32% – специализированной). Анализ обращений пациентов к страховым представителям, работающим в стационарах Санкт-Петербурга [9], показал, что наибольший удельный вес (36,5%) в структуре причин обращений составили жалобы, связанные с неудовлетворительными условиями предоставления медицинской помощи, вызванные плохой организацией работы. Доля жалоб, связанных с нарушением врачебной этики и деонтологии, составила 1,7%, с качеством медицинской помощи – 1,7%, с отказом в ее исполнении – 1,1%. В динамике имеет место рост числа обращений пациентов в страховую медицинскую организацию [14], при этом почти половина (43,8%) обращений была признана обоснованной.

Субъективная неудовлетворенность пациентов доступностью, качеством и результативностью медицинской помощи подтверждается результатами экспертных оценок, проведенных квалифицированными экспертами по унифицированным технологиям. Оценка качества помощи в многопрофильном стационаре с использованием автоматизированной технологии экспертизы [21] показала, что среди умерших больных были выявлены следующие дефекты оказания помощи: в сборе информации (в 41,1% случаев), лечении (29,4%), формулировке диагноза (20,3%), ведении документации (7,1%). Анализ дефектов оказания медицинской помощи по материалам комиссионных судебно-медицинских экспертиз [23] показал, что 53,2% из них связаны с оказанием экстренной помощи. 38,4% дефектов пришлось на специалистов хирургического профиля (нейрохирурги, травматологи, урологи); 33,6% – на акушеров-гинекологов; 19,7% – на специалистов терапевтического профиля; 11,2% – на педиатров. Большинство (71%) дефектов имело место в условиях стационара. Дефекты диагностики составили 39,4%; профилактики – 7,3%; лечения – 53,3%. Медицинская помощь оказывалась в неполном объеме в половине случаев; была несвоевременной и неправильной – в четверти. Процент установления прямой причинно-следственной связи между оказанием медицинской помощи и неблагоприятными последствиями составил 39,9% (косвенная связь – в 22,3%). Дефектами, которые способствовали наступлению смерти или привели к длительному расстройству здоровья, являлись запоздалая диагностика, неадекватная терапия, поздняя госпитализация, ранний перевод из отделения интенсивной терапии, недостаточный контроль и наблюдение за больными, приведшие к несвоевременному оказанию медицинской помощи.

Различными авторами выделяются различные причины, ведущие к оказанию некачественной медицинской помощи и дефектам в ведении пациентов. В частности, все причины можно разделить на [24]: организационные (составляющие 66,0%), тактические (23,2%); лечебно-диагностические (10,8%). Согласно другому подходу [27] причинами недостаточного качества медицинской помощи являются:

- несовершенство системы финансирования и недостаточный объем финансовых ресурсов;
- недостаточный уровень материально-технической оснащенности, большой удельный вес устаревшего оборудования;
- высокая стоимость лекарственных средств и предметов медицинского назначения;
- несовершенная структура оказания медицинской помощи; неразвитость первичной медико-санитарной помощи;
- отсутствие единого медицинского пространства;
- неразвитость рыночных механизмов, что сдерживает конкуренцию;
- низкий уровень заработной платы медработников и несовершенная система оплаты; отсутствие системы мотивации;
- недостаточный уровень исполнительской дисциплины в отрасли;
- недостаточная информированность населения о правах в области охраны здоровья.

Нельзя не отметить и следующее мнение [4]. Низкое качество медицинской помощи во многом обусловлено системным кризисом здравоохранения, в основе которого – нечеткость правового регулирования на разных уровнях управления, неопределенность разделения ответственности участников системы здравоохранения и отсутствие координации их деятельности. Законодательство, регулирующее сферу

Библиографическая ссылка:

Орлов А.Е. Современные проблемы качества медицинской помощи (обзор литературы) // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. №1. Публикация 4-1. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-1/4979.pdf> (дата обращения: 24.02.2015).

здравоохранения, не формирует организационного единства системы здравоохранения на всех уровнях. Многие управленческие решения не имеют достаточного теоретического обоснования, осуществляются «методом проб и ошибок», что сопровождается нерациональным расходованием ассигнований.

Негативно влияет на уровень качества состояние материально-технической базы здравоохранения. В настоящее время в ЛПУ страны в эксплуатации находится до 80% физически изношенной и морально устаревшей медицинской техники. Обеспеченность некоторыми видами современного оборудования в России как минимум в 10 раз ниже, чем в западных странах [7]. Простаивает около 2970 единиц оборудования, поставленного в рамках национального проекта «Здоровье». Суммарная продолжительность простоя оборудования составляет 3694180 дн. – 9% по отношению к эксплуатационному периоду.

Нельзя не отметить и нравственно-идеологические факторы. В медицинской профессии произошел ряд деструктивных изменений, дивергенция нравственных и профессиональных принципов, доминирование экономических аспектов во взаимоотношениях, примитивизация и нравственное оскудение межличностных отношений, снижение социальной активности и ответственности. Происходит автономизация врачей, которая проявляется вступлением врачей в негосударственные денежные отношения с пациентами с использованием принадлежащего государству оборудования в рабочее время, в безразличном отношении к своему учреждению, коллективу, пациентам [8].

Развитие медицины и научно-технический прогресс ведут к росту числа, разнообразия и тяжести патологических процессов, связанных с деятельностью системы здравоохранения [2]. На сегодняшний день не существует абсолютно безопасных для пациента методов профилактики, диагностики, лечения. Арсенал методов лечения становится все более «агрессивным» по отношению к больному. Научно-технический прогресс в медицине постоянно повышает роль человеческого фактора в реализации возможных негативных последствий. Неслучайно поэтому в принятой в 2002 г. на 52-й сессии Европейского регионального комитета ВОЗ резолюции WHA 55/18 признана необходимость содействовать обеспечению безопасности пациентов как фундаментального принципа работы всех систем здравоохранения. При этом была отмечена необходимость разработки глобальных норм и стандартов для определения, измерения и отчетности в отношении неблагоприятных последствий и ошибок при оказании медицинской помощи [28]. А на 57-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в 2004 г. было принято решение об образовании Международного Альянса по улучшению ситуации в области безопасности пациентов (в состав которого вошла и Россия).

Таким образом, проблема недостаточно высокого качества медицинской помощи является вполне очевидной, и она имеет ряд объективных и субъективных причин. При этом нельзя не отметить следующее обстоятельство. Поставив целью достижение определенного уровня *качества медицинской помощи* (КМП), любой руководитель должен понимать (и объяснить подчиненным) конкретные задачи и пути достижения цели. И в этом направлении он сталкивается с рядом проблем теоретико-методологического характера. До настоящего времени нет единого определения данного понятия, а существующие – с одной стороны, в той или иной мере повторяют друг друга, с другой же, акцентируют внимание на тех или иных конкретных аспектах [12]. Кроме того, существует мнение, что необходимо четкое разграничение понятий «качество медицинской помощи» и «качество медицинской услуги» [20], набор характеристик которых отличается. В частности, качество услуги (в отличие от качества помощи) должно включать следующие элементы:

- информационные (получение в доступной для пациента форме информации о состоянии здоровья, результатах обследования, вариантах и результатах лечения, возможных рисках);
- квалификационные требования к врачам (выполнение требований к профессиональной компетенции, объему знаний, практических умений, навыков врачей);
- профессиональные качества врача (компетенции в проведении методик лечения, согласованность действий и преемственность);
- профессиональное оказание медицинской услуги (обоснованность, адекватность определения объема лечения, соблюдение технологии диагностики и лечения, получение положительного результата оказанной помощи в отношении состояния здоровья пациента);
- качественные показатели процесса оказания услуг (удовлетворенность больного).

Существует также мнение [11] о необходимости четко разграничивать понятия *качество организации помощи* (включая доступность, деонтологические аспекты, санитарно-бытовые условия), которое существенно влияет на уровень субъективной оценки, и собственно *качество медицинской помощи*, которое, в первую очередь, должно отражать технологию ее оказания. При этом за последнее должно нести ответственность не медицинское учреждение (как это общепринято сейчас), а врач.

Добавим также, что различные авторы предлагают для оценки разных составляющих качества те или иные индикаторы (отчасти повторяющиеся) [6,31]. Более того, может отличаться их трактовка и принимаемые на их основе управленческие решения (в зависимости от уровня управления и решаемых в конкретный период времени задач).

Библиографическая ссылка:

Орлов А.Е. Современные проблемы качества медицинской помощи (обзор литературы) // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. №1. Публикация 4-1. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-1/4979.pdf> (дата обращения: 24.02.2015).

Например, известно, что составляющей структурного качества, влияющей и на безопасность, и на оптимальность помощи, является кадровый состав, в частности, процент сертифицированных от уровня рассмотрения проблемы (подхода) набор этих индикаторов может отличаться сотрудников (официальный индикатор). В то же время с точки зрения управления кадровой составляющей (менеджера по кадрам) достижение высокого уровня показателя возможно при наличии определенного уровня заработной платы [10]. А «клинические» индикаторы с точки зрения менеджера должны рассматриваться в контексте того, насколько сами сотрудники удовлетворены или не удовлетворены данными показателями (их заинтересованности в его снижении). То есть, существующие подходы к рассмотрению составляющих качества и критериев их оценки также не вполне однозначны и требуют дальнейшего уточнения с учетом следующих требований [29]: профессиональная идентификация, клиническая достоверность, измеримость, возможность выполнять как клинические, так и управленческие функции.

До настоящего времени в нормативных документах недостаточно отражены цели, задачи, методические и методологические основы формирования и функционирования государственного контроля и надзора за качеством медицинской помощи и недостаточно эффективна деятельность по обеспечению и непрерывному его улучшению [19]. В то же время, необходимость реформирования системы оценки качества и эффективности лечебного процесса с введением единых для муниципального здравоохранения критериев и индикаторов является объективной потребностью здравоохранения. Причем, эти критерии должны быть общими (сопоставимыми) для стационарных, амбулаторно-поликлинических, диагностических и обеспечивающих подразделений медицинских учреждений различных ЛПУ. С учетом значений полученных критериев должен определяться уровень оплаты труда.

Далеко неоднозначно и отношение и к различным средствам оценки КМП, в частности к стандартам. Существует точка зрения [18], что используемые в настоящее время стандарты не соответствуют профильным классификационным требованиям. Они не могут быть отнесены к конкретным стандартам, регламентирующим производство продукции и услуг, процесса производства медицинских услуг и методик контроля (испытаний, измерений, анализа), основополагающим стандартам; регулируют устаревшие принципы использования методических. Кроме того, стандартизация в здравоохранении не является безупречной в юридическом смысле [1]. Регистрация отклонений действий врача от стандарта – лишь констатация нарушений утвержденной технологии, которые могут иметь различные последствия – как негативные, так и позитивные. Кроме того, стандарты установлены в отношении сравнительно небольшого числа заболеваний (по сравнению с общим число имеющихся нозологических форм). Они достаточно быстро устаревают и требуют корректировки, не всегда принимаются однозначно представителями разных школ. Не решен и вопрос о том, как трактовать действия врача, выполненные в соответствии со стандартом, но приведшие к негативным последствиям. Также имеются патологические состояния (комбинированные заболевания, атипичное течение, нестандартные реакции организма), когда разработка стандартных моделей невозможна. С юридической точки зрения стандарты медицинской помощи, утверждаемые приказами отраслевого министерства, являются рекомендованными нормативно-правовыми актами.

Весьма актуальной является задача выработки единой методики осуществления контроля, не допускающей произвольного толкования требований, содержащихся в них, устанавливающей признаки ограничений для лиц, осуществляющих контроль, направленной на оптимизацию медицинской деятельности, эффективное и оперативное устранение выявленных дефектов [22]. Контент-анализ информации о контроле качества медицинской помощи (по отчетам органов управления здравоохранением) показал, что достаточное внимание текущему контролю уделяется в $7,7 \pm 0,4$ на 10 субъектов РФ [19]. Лишь в половине субъектов деятельность по обеспечению населения качественной медицинской помощью осуществляется в соответствии с утвержденными краткосрочными и долгосрочными планами мероприятий. На научном подходе основана деятельность по контролю качества в $3,2 \pm 0,6$ на 10 субъектов. Недостаточно внимание к вопросам оценки результатов реализации корректирующих управленческих решений, получения информации об их принятии и эффективности реализации ($2,6 \pm 0,5$). Лишь в 2 на каждые 10 субъектов имеются особо актуальные документы, в которых отражены самоконтроль, взаимодействие субъектов контроля, использование экономического стимулирования за качество помощи, защита прав пациента. Были выявлены лишь единичные упоминания о заключительном контроле (сравнение достигнутого и требуемого уровня). Т.е., в регионах отсутствуют унифицированные подходы к контролю (что затрудняет возможность сравнительной оценки), преимущественное внимание уделяется первому этапу управленческого цикла. При этом было также установлено, что в регионах, в которых вопросы контроля отражены более полно, частота обращений граждан в Росздравнадзор в 2,5 раза меньше, чем в субъектах с низкой правовой обеспеченностью.

Практически нерешенной до настоящего времени является и следующая задача. В свете реализации концепции стран-членов Евросоюза «Системная концепция контроля на основе индикаторов качества и медицинских ошибок в соответствии с клиническими рекомендациями» необходим переход от эпизодического контроля качества к постоянной работе по его мониторингу и обеспечению [30].

Библиографическая ссылка:

Орлов А.Е. Современные проблемы качества медицинской помощи (обзор литературы) // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. №1. Публикация 4-1. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-1/4979.pdf> (дата обращения: 24.02.2015).

Современная модель управления качеством должна включать: оптимизацию финансового учета (в т.ч. системы оплаты труда, поиск дополнительных источников финансирования), развитие материально-технической базы (в т.ч. управление поставками), непрерывную систему обучения персонала, социальную защищенность персонала, управление сопротивлению инновациям (в т.ч. за счет адекватной мотивации персонала), обеспечение безопасности пациента (управление рисками), постоянное усовершенствование индикаторов системы управления качеством. При этом целесообразна организация в ЛПУ Совета по качеству, который должен проводить постоянный внутренний аудит. Балльная оценка результатов работы (point system) предполагает нормирование всех видов деятельности персонала в зависимости от их приоритетности, сложности и доли участия каждого сотрудника.

Приведенные данные позволяют сделать ряд выводов. Во-первых, до настоящего времени четко не сформирован понятийный аппарат, касающийся определения КМП, основных средств и критериев его оценки. Во-вторых, отсутствует четкая унифицированная и универсальная доказательная база (и в рамках отдельно взятого ЛПУ, и на более «высоких» уровнях управления) в отношении того или иного уровня качества. В-третьих, отсутствуют многие предпосылки (включая материально-технический уровень, кадровый состав и т.д.) для обеспечения должного качества, поэтому его не только сложно анализировать, но и мало реальных возможностей им управлять. В-четвертых, отсутствует системность и в понимании, и в реализации мер по обеспечению качества. В-пятых, в условиях глобализации и международного сотрудничества весьма важно приблизить отечественные подходы в понимании, оценке, управлении КМП к мировым.

Литература

1. Александрова О.Ю., Григорьев И.Ю., Арханцева О.М. Оценка качества медицинской помощи в свете нового законодательства // *Здравоохранение*. 2012. №1. С. 64–71.
2. Грачева А.С. Стандартизация медицинской помощи как часть системы управления качеством в здравоохранении // *Вестник Росздравнадзора*. 2010. №5. С. 16–21.
3. Гришина Н.К. Основные принципы реализации программ социологического мониторинга в здравоохранении // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2011. №2. С. 32–36.
4. Додонова И.В., Мартиросян М.М. Системный процесс в здравоохранении: причины, последствия. Межвузовский сборник научных трудов. Вып.9. СПб., 2008. С. 87–90.
5. Жирновой В.М. Особенности правовой оценки заключения судебно-медицинской экспертизы качества медицинской помощи по делам о ятрогенных преступлениях // *Медицина и право: Сборник научных трудов*. СПб., 2011. С. 57–65.
6. Игнатовский А.О., Соколовский Е.В., Вишняков Н.И. О некоторых аспектах качества медицинской помощи // *Врач*. 2012. №5. С. 83–85.
7. Калининская А.А., Ковалев В.А. Организационные основы государственного регулирования и управления качеством медицинской продукции // *Здравоохранение РФ*. 2012. №3. С. 6–11.
8. Комаров Ю.М. Качество медицинской помощи как одно из приоритетных направлений развития здравоохранения // *Здравоохранение*. 2009. №10. С. 35–45.
9. Куприянова В.И. Оценка эффективности деятельности страховых представителей по защите прав застрахованных // *Проблемы городского здравоохранения*. Вып. 17: Сборник научных трудов. СПб., 2012. С. 270–272.
10. Кучеренко В.З., Эккерт Н.В. Организационно-управленческие проблемы рисков в здравоохранении и безопасности медицинской практики // *Вестник РАМН*. 2012. №3. С. 4–9.
11. Линденбрaten А.Л., Ковалева В.В. Контроль качества организации медицинской помощи: современные подходы // *Здравоохранение*. 2011. №6. С. 50–55.
12. Линденбрaten А.Л. Качество организации медицинской помощи и критерии для его оценки // *Бюллетень НИИ общественного здоровья*. 2013. Вып. 2. С. 20–23.
13. Максимова Т.М., Лушкина Н.П. Особенности восприятия пациентами разных стран условий оказания медицинской помощи // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2011. №3. С. 8–10.
14. Набережная Ж.Б. Результаты вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи // *Проблемы городского здравоохранения*. Вып. 14: Сборник научных трудов. СПб., 2009. С. 310–312.
15. Общественное мнение. Ежегодник. 2011. М.: Левада-центр, 2012. 284 с.
16. Павловская О.Г. Организация контроля качества медицинской помощи на территории Оренбургской области // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2011. №6. С. 31–33.
17. Петров М.В., Полюкова М.В., Дронова А.А. Социологические опросы как важный инструмент менеджмента качества медицинской помощи // *Вопросы экономики и права*. 2012. №2. С. 116–120.

Библиографическая ссылка:

Орлов А.Е. Современные проблемы качества медицинской помощи (обзор литературы) // *Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание*. 2015. №1. Публикация 4-1. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-1/4979.pdf> (дата обращения: 24.02.2015).

18. Пташинская В.А. Научное обоснование совершенствования основ стандартов организации (на примере акушерства-гинекологии): Автореф. дисс. . . . к.м.н. М., 2008. 23 с.
19. Серегина И.Ф. О концептуальных подходах к государственной системе контроля и надзора и ее роли в управлении качеством медицинской помощи // Экономика здравоохранения. 2010. №8. С. 3–10.
20. Ситдикова Л.Б. Правовые критерии оценки качества медицинских услуг // Медицинское право. 2010. №4. С. 23–26.
21. Тайц Б.М., Кричмар Г.Н., Крылов А.Л. Актуальные вопросы организации системы управления качеством в крупной многопрофильной больнице // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. 2010. №1. С. 10–13.
22. Трепель В.Г., Шилов М.А., Шумилина Е.В. Актуальные вопросы контроля качества медицинской помощи // Медицинское право. 2012. №1. С. 11–16.
23. Тягунов Д.В., Самойленко А.М. Характеристика дефектов оказания медицинской помощи по материалам комиссионных судебно-медицинских экспертиз // Медицинское право. 2008. №4. С. 44–46.
24. Шипунов Д.А. Управление качеством оказания медицинской помощи // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2008. №2. С. 41–42.
25. Щепин В.О. Лечебно-профилактическая помощь населению РФ: ресурсы обеспечения и основные показатели деятельности // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2009. №7. С. 3–6.
26. Щепин О.П., Петручук О.Е., Коротких Р.Ф. Диспансеризация и здравоохранение России. Сообщение 1. Состояние здоровья населения и организация профилактических осмотров // Бюллетень НИИОЗ. 2011. №2. С. 3–7.
27. Ярош Н.П., Лупей-Ткач С.Н. Управление качеством медицинской помощи в Украине // Восточноевропейский журнал общественного здоровья. 2011. №1 (13). С. 275–277.
28. Derham G., Sallenberg C., Quaid D.W. An NISB for Health Care-Learning from Innovation: Debate and Innovate or Capitulate // Quality Management in Health Care. 2012. vol. 1 (3). P. 3–14.
29. Eckerman S., Coelli T. Including quality attributes in efficiency measures consistent with net benefit creating incentives for evidence based medicine in practice // Soc. Sci. Med. 2012. Nov. 3. P. 0274–9536.
30. Hsieh S.Y. A System for Using Patient Complaints as a Trigger to Improve Quality // Quality Management in Health Care. 2011. vol. 20 (4). P. 343–355.
31. Sidorenkov D.A., Orlov A.E. Approaches to estimates of quality of medical care // Science, Technology and Higher Education: materials of the IV international research and practice conference, Westwood, Canada. January 30, 2014. P. 502–508.

References

1. Aleksandrova OYu, Grigor'ev IYu, Arkhantseva OM. Otsenka kachestva meditsinskoj pomoshchi v svete novogo zakonodatel'stva. Zdravookhranenie. 2012;1:64-71. Russian.
2. Gracheva AS. Standartizatsiya meditsinskoj pomoshchi kak chast' sistemy upravleniya kachestvom v zdravookhranении. Vestnik Roszdravnadzora. 2010;5:16-21. Russian.
3. Grishina NK. Osnovnye printsipy realizatsii program sotsiologicheskogo monitoringa v zdravookhranении. Problemy sotsial'noy gigiyeny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny. 2011;2:32-6. Russian.
4. Dodonova IV, Martirosyan MM. Sistemnyy protsess v zdravookhranении: prichiny, posledstviya. Mezhdvuzovskiy sbornik nauchnykh trudov. Vyp.9. SPb.; 2008. Russian.
5. Zhirnovoy VM. Osobennosti pravovoy otsenki zaklyucheniya sudebno-meditsinskoj ekspertizy kachestva meditsinskoj pomoshchi po delam o yatrogennykh prestupleniyakh. Meditsina i pravo: Sbornik nauchnykh trudov. SPb.; 2011. Russian.
6. Ignatovskiy AO, Sokolovskiy EV, Vishnyakov NI. O nekotorykh aspektakh kachestva meditsinskoj pomoshchi. Vrach. 2012;5:83-5. Russian.
7. Kalininskaya AA, Kovalev VA. Organizatsionnye osnovy gosudarstvennogo regulirovaniya i upravleniya kachestvom meditsinskoj produktsii. Zdravookhranenie RF. 2012;3:6-11. Russian.
8. Komarov YuM. Kachestvo meditsinskoj pomoshchi kak odno iz prioritetnykh napravleniy razvitiya zdravookhraneniya. Zdravookhranenie. 2009;10:35-45. Russian.
9. Kupriyanova VI. Otsenka effektivnosti deyatelnosti strakhovykh predstaviteley po zashchite prav zastrakhovannykh. Problemy gorodskogo zdravookhraneniya. Vyp. 17: Sbornik nauchnykh trudov. SPb.; 2012. Russian.
10. Kucherenko VZ, Ekkert NV. Organizatsionno-upravlencheskie problemy riskov v zdravookhranении i bezopasnosti meditsinskoj praktiki. Vestnik RAMN. 2012;3:4-9. Russian.
11. Lindenbraten AL, Kovaleva VV. Kontrol' kachestva organizatsii meditsinskoj pomoshchi: sovremennyye podkhody. Zdravookhranenie. 2011;6:50-5. Russian.

Библиографическая ссылка:

Орлов А.Е. Современные проблемы качества медицинской помощи (обзор литературы) // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. №1. Публикация 4-1. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-1/4979.pdf> (дата обращения: 24.02.2015).

12. Lindenbraten AL. Kachestvo organizatsii meditsinskoj pomoshchi i kriterii dlya ego otsenki. Byulleten' NII obshchestvennogo zdorov'ya. 2013;2:20-3. Russian.
13. Maksimova TM, Lushkina NP. Osobennosti vospriyatiya patsientami raznykh stran usloviy okazaniya meditsinskoj pomoshchi. Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny. 2011;3:8-10. Russian.
14. Naberezhnaya ZhB. Rezul'taty vnevedomstvennoy ekspertizy kachestva meditsinskoj pomoshchi. Problemy gorodskogo zdravookhraneniya. Vyp. 14: Sbornik nauchnykh trudov. SPb.; 2009. Russian.
15. Obshchestvennoe mnenie. Ezhegodnik. 2011. Moscow: Levada-tsentr; 2012. Russian.
16. Pavlovskaya OG. Organizatsiya kontrolya kachestva meditsinskoj pomoshchi na territorii Orenburgskoy oblasti. Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny. 2011;6:31-3. Russian.
17. Petrov MV, Polyukova MV, Dronova AA. Sotsiologicheskie oprosy kak vazhnyy instrument me-dnedzhmenta kachestva meditsinskoj pomoshchi. Voprosy ekonomiki i prava. 2012;2:116-20. Russian.
18. Ptashinskaya VA. Nauchnoe obosnovanie sovershenstvovaniya osnov standartov organizatsii (na pri-mere akusherstva-ginekologii) [dissertation]. Moscow (Moscow region); 2008. Russian.
19. Seregina IF. O kontseptual'nykh podkhodakh k gosudarstvennoy sisteme kontrolya i nadzora i ee roli v upravlenii kachestvom meditsinskoj pomoshchi. Ekonomika zdravookhraneniya. 2010;8:3-10. Russian.
20. Sitdikova LB. Pravovye kriterii otsenki kachestva meditsinskikh uslug. Meditsinskoe pravo. 2010;4:23-6. Russian.
21. Tayts BM, Krichmar GN, Krylov AL. Aktual'nye voprosy organizatsii sistemy upravleniya kachest-vom v krupnoy mnogoprofil'noy bol'nitse. Novye Sankt-Peterburgskie vrachebnye vedomosti. 2010;1:10-3. Rus-sian.
22. Trepel' VG, Shilov MA, Shumilina EV. Aktual'nye voprosy kontrolya kachestva meditsinskoj po-moshchi. Meditsinskoe pravo. 2012;1:11-6. Russian.
23. Tyagunov DV, Samoilenko AM. Kharakteristika defektov okazaniya meditsinskoj pomoshchi po materialam komissionnykh sudebno-meditsinskikh ekspertiz. Meditsinskoe pravo. 2008;4:44-6. Russian.
24. Shipunov DA. Upravlenie kachestvom okazaniya meditsinskoj pomoshchi. Problemy sotsial'noy gi-gieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny. 2008;2:41-2. Russian.
25. Shchepin VO. Lechebno-profilakticheskaya pomoshch' naseleniyu RF: resursy obespecheniya i os-novnye pokazateli deyatelnosti. Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny. 2009;7:3-6. Russian.
26. Shchepin OP, Petruchuk OE, Korotkikh RF. Dispanserizatsiya i zdravookhranenie Rossii. Soobshche-nie 1. Sostoyanie zdorov'ya naseleniya i organizatsiya profilakticheskikh osmotrov. Byulleten' NIIOZ. 2011;2:3-7. Russian.
27. Yarosh NP, Lupey-Tkach SN. Upravlenie kachestvom meditsinskoj pomoshchi v Ukraine. Vostochno-evropeyskiy zhurnal obshchestvennogo zdorov'ya. 2011;1(13):275-7. Russian.
28. Derham G, Sallenberg C, Quaid DW. An NISB for Health Care-Learning from Innovation: Debate and Innovate or Capitulate. Quality Management in Health Care. 2012;1(3):3-14.
29. Eckerman S, Coelli T. Including quality attributes in efficiency measures consistent with net benefit creating incentives for evidence based medicine in practice. Soc. Sci. Med. 2012.
30. Hsieh SY. A System for Using Patient Complaints as a Trigger to Improve Quality. Quality Manage-ment in Health Care. 2011;20(4):343-55.
31. Sidorenkov DA, Orlov AE. Approaches to estimates of quality of medical care. Science, Technology and Higher Education: materials of the IV international research and practice conference, Westwood, Canada.

Библиографическая ссылка:

Орлов А.Е. Современные проблемы качества медицинской помощи (обзор литературы) // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. №1. Публикация 4-1. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-1/4979.pdf> (дата обращения: 24.02.2015).