

DOI: 10.12731/2218-7405-2013-1-37

УДК 614

УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПЕРИОД МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Ацель Е.А., Фомина А.В.

На основе анализа литературных данных в статье обсуждаются различные концепции, методология и модели обеспечения качества медицинской помощи, оказываемой в учреждениях системы здравоохранения. Проанализированы подходы зарубежных и отечественных ученых к понятию управления качеством медицинской помощи населению. Рассмотрена роль процессов модернизации на управление качеством медицинской помощи. С использованием метода экспертных оценок проведено изучение качества оказания лекарственной помощи как компоненты оказания медицинской помощи населению (на примере лекарственной помощи кардиологическим больным на региональном уровне). Полученные данные выявили отсутствие полной информации о лекарственных средствах, что свидетельствует о необходимости разработки модели информационно-консультационной услуги для пациента. В целом, установлена необходимость создания концептуальной модели управления качеством медицинской и лекарственной помощи на региональном уровне.

Ключевые слова: здравоохранение, медицинская помощь, качество медицинской помощи, управление качеством медицинской помощи.

ESTIMATION OF QUALITY OF MEDICAL AID IN PUBLIC HEALTH SERVICES MODERNIZATION

Atsel E. A., Fomina A.V.

In article various concepts, methodology and models of maintenance of quality of the medical aid rendered in establishments of system of public health services are discussed. Foreign and domestic scientists to the concept of quality management of medical care are approaches. Role of the modernization process in the quality control of medical care is considers. Using the method of peer review studied the quality of the provision of pharmaceutical help as a component of health care to the population (for example, pharmaceutical help of cardiac patients at the regional level). The data obtained revealed the lack of complete information on medicines, which indicates the need to develop a model of information and consulting services to the patient.

Necessity of creation of conceptual model of management of quality of medical aid and pharmaceutical help at regional level is underlined.

Keywords: public health services, medical aid, quality of medical aid, medical aid quality management.

Вопросы повышения качества медицинской помощи остаются актуальными и дискуссионными не только в отечественном здравоохранении [17]. По оценкам специалистов, не менее 30-50 % затрат на здравоохранение в США приходится на низкокачественные медицинские услуги. Оценка прямых затрат на некачественное медобслуживание составляет примерно 1200-2500 долларов на каждого американца [1].

В зарубежной литературе можно встретить множество различных определений концепции обеспечения качества. Так, А. Donabedian [16] определяет ее как «всю деятельность, направленную на обеспечение, поддержание и улучшение качества медицинской деятельности». H.V. Vuogy

[20] считает, что «обеспечение качества означает фактическое его измерение с принятием мер в целях изменения производства медицинских услуг в желаемом направлении». Согласно определению Р.Н. Palmer [18], концепция качества - это «процесс измерения качества, оценки и анализа вскрытых недостатков и принятия системы мер по улучшению работы с последующим повторным измерением качества для того, чтобы определить, было ли достигнуто улучшение. Это систематическая, циклическая деятельность с использованием стандартов». На сегодня большинство авторов сходятся в том, что в целом следует говорить не об одном общем для всех понятии «качество медицинской помощи» и искать для него наиболее точное словесное выражение, а использовать систему понятий и показателей, каждый из которых раскрывал бы ту или иную сторону общего понятия «медицинская помощь» применительно к конкретным условиям функционирования системы здравоохранения, а все они в совокупности создавали бы четкую картину состояния качества медицинской помощи на любом ее уровне [19].

Лучшей на настоящий момент методической базой повышения эффективности и качества системы здравоохранения в большинстве стран признана методология управления качеством медицинской помощи. Европейское бюро ВОЗ издало документ, в котором анализируется опыт стран по созданию систем управления качеством: «Основы для разработки национальных стратегий по усовершенствованию качества в системах здравоохранения» [15].

Развитые страны с учетом возможностей и национальных особенностей при реформировании и реорганизации своих систем здравоохранения используют различные технологии и методики, объединенные под одним общим названием - управление качеством. Это такие подходы, как Обеспечение качества (Quality Assurance), Всеобщее управление качеством (Total Quality Management), Непрерывное улучшение качества (Continues Quality Improvement), Улучшение качества (Quality Improvement) - семейство

различных управленческих технологий, в названиях которых на английском языке используется термин «качество», и их объединяет то, что это - различного рода и различных уровней управляющие воздействия на систему для улучшения результата ее работы [6].

В основе идеологии всеобщего управления качеством в здравоохранении лежат следующие принципы:

- направленность всей управленческой деятельности в здравоохранении на качество медицинских услуг и товаров медицинского назначения;

- участие персонала всех подразделений медико-производственных организации на всех уровнях их организационных структур в управлении качеством медицинской помощи населению;

- нацеленность на долговременный успех, понимание его обусловленности признанием потребителя высокого качества результатов деятельности как самих медико-производственных организаций, так и отдельных их работников;

- создание системы материального и морального стимулирования членов трудовых коллективов организаций медико-производственного комплекса, заинтересованности их в обеспечении высокого качества выпускаемой ими продукции (услуг).

Таким образом, в самом широком смысле главная задача управления качеством в здравоохранении сводится к созданию и закреплению в организациях медико-производственного комплекса современной этико-деонтологической организации культуры, ориентированной в первую очередь на высокое качество медицинских услуг и товаров медицинского назначения. Стремясь к достижению наиболее полного удовлетворения резко возросших в последнее время запросов потребителей (пациентов, врачей, обслуживающего персонала и др.), каждый работник должен самостоятельно и систематически контролировать и совершенствовать организацию своего труда [11].

Концепцию непрерывного улучшения качества, как новую философию управления разработал американский специалист в области качества Деминг (W.E. Deming). Основным принципом этой философии является стремление к постоянному усовершенствованию продукции или услуг. Однако, как показано в работах Деминга, реализация поставленной цели невозможна без формирования и постоянной поддержки в людях высокого уровня мотивации и удовлетворенности своей работой.

По теории Деминга, «всеобщее качество — это система управления, ориентированная на людей, целью которой является непрерывный рост удовлетворенности потребителя при постоянном снижении реальных цен; это единый системный подход (а не отдельная отрасль или программа) и неотъемлемая часть стратегии высокого уровня, охватывающая подразделения и функции, вовлекающая всех сотрудников сверху донизу и расширяющая свои рамки вперед и назад, охватывая звено обеспечения и звено потребителя. Основное внимание система уделяет обучению и адаптации постоянных изменений, как главных условий "организационного процесса"».

Непрерывное улучшение качества медицинской помощи как стратегия сосредоточивает свое основное внимание на следующих основных функциях управления в работе медицинских организаций: на обеспечении ожидаемого и достижимого на современном этапе развития здравоохранения и в пределах доступных ресурсов уровня качества (степени удовлетворения потребности), на улучшении лечебно-диагностического и технологического процессов, если результаты неудовлетворительны, поддержании достигнутого уровня, если результаты удовлетворительны — (контроль качества), на постоянном совершенствовании качества, на непрерывном снижении цен на медицинские услуги за счет борьбы за бездефектную работу, на активном вовлечении всех сотрудников и эффективном использовании их знаний, на руководстве через конкретный положительный или отрицательный пример и управлении через свершившийся факт [7, 9]. Мерами цикла непрерывного улучшения качества

являются социальные, медицинские, экономические результаты и, безусловно, удовлетворенность потребителя [9].

Создание и развитие систем управления качеством медицинской помощи с использованием современных концепций управления очень важно, поскольку организационная структура систем управления качеством является одним из условий обеспечения законодательного права граждан на медицинскую помощь и решения проблем, связанных с неоптимальным использованием финансовых ресурсов, выделяемых на улучшение материально-технической базы и кадрового потенциала здравоохранения [14].

Российские ученые, хорошо владеющие системным анализом, вычленили общее и частное из зарубежных методов и методологий и ввели соответствующий русский термин: «управление качеством». Это более широкое понятие, охватывающее все выше указанные различные методы и инструменты и подразумевающее весь цикл управления [8]. В Глоссарии по качеству медицинской помощи приведено следующее определение этого термина: «Управление качеством - часть функций управления в целом, которые определяют и осуществляют политику в области качества. Управление основано на оценке потребностей и степени их удовлетворенности» [5].

С учетом специфики здравоохранения выделяют три модели управления процессом обеспечения качества: профессиональная, бюрократическая и индустриальная.

Профессиональная модель исторически сложилась как форма управления качеством в стационаре, где критерием качества являлся индивидуальный профессиональный уровень с использованием сложных инструментов. Основанная только на интуитивном мышлении врача, данная модель оказалась слабо эффективной в условиях оказания высокотехнологических видов медицинской помощи, требующих скоординированного участия большого числа специалистов и повышения интеллектуальности врачебной работы. В данной модели не учитывается экономическая составляющая качества, а оценка

результатов проводится самими лечащими врачами. Оценка качества лечения лежит при этом только в плоскости профессиональной экспертизы.

Бюрократическая модель управления основана на аудиторном принципе - стандартизации объемов работы и результатов медицинской помощи. В системе управления используют приказы, распоряжения и методологию повсеместного контроля [3, 9]. Вместе с тем ей присуща вся атрибутика профессиональной модели управления. Данная модель управления используется в настоящее время во многих учреждениях страны. Несомненно, внедрение бюрократической модели, основанной на стандартизации объемов и результатов медицинской помощи, является прогрессивным шагом в работе по улучшению качества медицинской помощи, однако при ее использовании не участвуют вспомогательные и хозяйственные службы медицинских учреждений, органы управления здравоохранением, рядовые медицинские работники. В этих случаях вопросами качества медицинской помощи занимаются представители администрации и руководители лечебно-диагностических подразделений, от правильного взаимодействия которых существенно зависит качество.

Индустриальная модель. Основой современной модели управления качеством является модель Деминга, которая основана на трех основных принципах: процессном подходе, непрерывном повышении качества, участии в процессе управления качеством всего персонала и самоконтроле ключевых этапов процесса. Принцип непрерывного повышения качества медицинской помощи стал очень важной составляющей современной теории управления, утверждающей, что качество создается при использовании качественных процессов, материалов и инструментов. Для достижения наилучшего результата необходимо сосредоточить усилия не на проверке индивидуального выполнения, а на управлении процессами, выявлении отклонений и анализе их причин. Это позволяет управлять достижением клинических результатов, не завышать стоимость медицинской помощи, повышать степень

удовлетворенности медицинского персонала своей работой и пациентов полученной медицинской помощью [9].

По мнению ряда исследователей, в связи с существованием многочисленных отрицательных системных (правовых, финансовых, организационных) факторов оптимальной является модель, основанная на сочетании отдельных элементов трех известных систем управления качества медицинской помощи - профессиональной, бюрократической и индустриальной. Главным же условием дальнейшего широкого распространения наиболее эффективных моделей непрерывного повышения качества остается создание государственных механизмов стимулирования качественной работы [4].

Таким образом, система управления (менеджмента) качества подразумевает наличие систематически планируемых и осуществляемых действий, направленных на наибольшее воспроизведение потребительских свойств при выполнении каждого элемента работ или услуг. Система менеджмента качества является цикличной, в начале каждого цикла производится оценка возможностей удовлетворения ожиданий потребителя, разрабатываются технологии, выполняются работы и проводится оценка эффективности. На основе оценки результатов вновь планируются изменения в ресурсах и в технологиях. В рамках системы менеджмента качества появляется учет мнения потребителя, выявление отклонений от стандарта, анализ причин этих отклонений, поощрение отличившихся в лучшую сторону (создание положительной мотивации взамен отрицательной, используемой в системе контроля качества, где выявление отклонений от заданных параметров качества наказывается административно или экономически). Важнейшим элементом системы непрерывного повышения (обеспечения) качества является повсеместное, на каждом рабочем месте, проведение мероприятий с целью повышения эффективности и результативности деятельности [3]. Цикл PDCA (цикл Деминга: Plan — Do — Check — Act: планируй — делай — проверяй —

воздействием) «работает» в здравоохранении так же эффективно, как и в других отраслях, т.к. повышение качества медицинской помощи приводит к уменьшению затрат и потерь [12].

Анализ литературы показывает, что роль государства в российском здравоохранении в вопросах обеспечения качества медицинской помощи носит ограниченный характер, обеспечение качества медицинской помощи пока не стало обязательным, нормативным [10]. Обязательный контроль на государственном уровне осуществляется только за общим характером качества медицинской помощи (например, действие целевых федеральных программ, производство лекарственных препаратов, вневедомственный и внутриведомственный контроль качества оказываемых услуг и т.д.), и здесь работу по обеспечению качества медицинской помощи нельзя назвать систематической. Поэтому в настоящее время начальная инициатива организации мероприятий по обеспечению качества уже исходит от самих профессиональных работников. Эта деятельность является, по сути дела, факультативной, но не обязательной (отсутствие соответствующих законов и нормативных актов, недофинансирование, отсутствие государственных программ по обеспечению качества, низкая мотивация и т.д.) [2]. Опыт применения методологии и подходов к управлению качеством медицинской помощи в ряде ЛПУ России позволяет сделать заключение о том, что их использование должно стать неотъемлемой частью концепции управления качеством в здравоохранении [10].

Но, несмотря на активную позицию государства, направленную на модернизацию здравоохранения, формирование здорового образа жизни, повышение рождаемости, снижение смертности, на сегодняшний день имеет место общая неудовлетворенность населения качеством оказания медицинской помощи [13].

При этом лекарственная помощь является одним из основных компонентов, составляющих оказание медицинской помощи населению.

Анализ экспертных оценок лекарственного обеспечения больных, в частности, сердечно-сосудистыми заболеваниями, проведенный на региональном уровне (на примере Республики Татарстан), показал, что в осуществлении безопасной, рациональной и эффективной фармакотерапии пациентов, страдающих артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца, особенно велика роль фармацевтического работника. Она состоит, во-первых, в оказании качественной консультации по выбору препарата, с учетом эффективности, безопасности и ценовой доступности препарата; во-вторых, - в убедительных и настоятельных рекомендациях больному обратиться к врачу-специалисту.

По данным опроса экспертов-провизоров и экспертов-фармацевтов, выявлено, что направляют пациента к врачу при отсутствии рецепта на лекарственный препарат рецептурного отпуска 98,43% работников аптечных организаций, а рекомендации при отпуске ЛС больным ИБС дают 92,13% работников аптечных организаций. На вопрос: «Что определяет Ваши рекомендации для пациента по выбору препарата?», более 80% опрошенных сослались на рекомендации лечащего врача, около 70% - на диагноз пациента, около 30% - последние рекомендации фирмы-производителя и более 30% - справочная информация.

Наиболее часто отпускаемые кардиотропные лекарственные препараты по фармакотерапевтическим группам представлены на рис. 1, в списке лидеров: ингибиторы АПФ, бета-блокаторы, блокаторы кальциевых каналов, диуретики, нитраты, антиаритмические средства.

На вопрос: «Информацией какого рода Вы сопровождаете отпуск ЛС больным ССЗ?» около 90% назвали режим дозирования, около 60% - противопоказания и условия хранения, более 40% - особые указания, более 30% - фармакологическое действие препарата, только 22% - лекарственные взаимодействия, менее 8% - симптомы передозировки и около 5% - фармакокинетику ЛС.

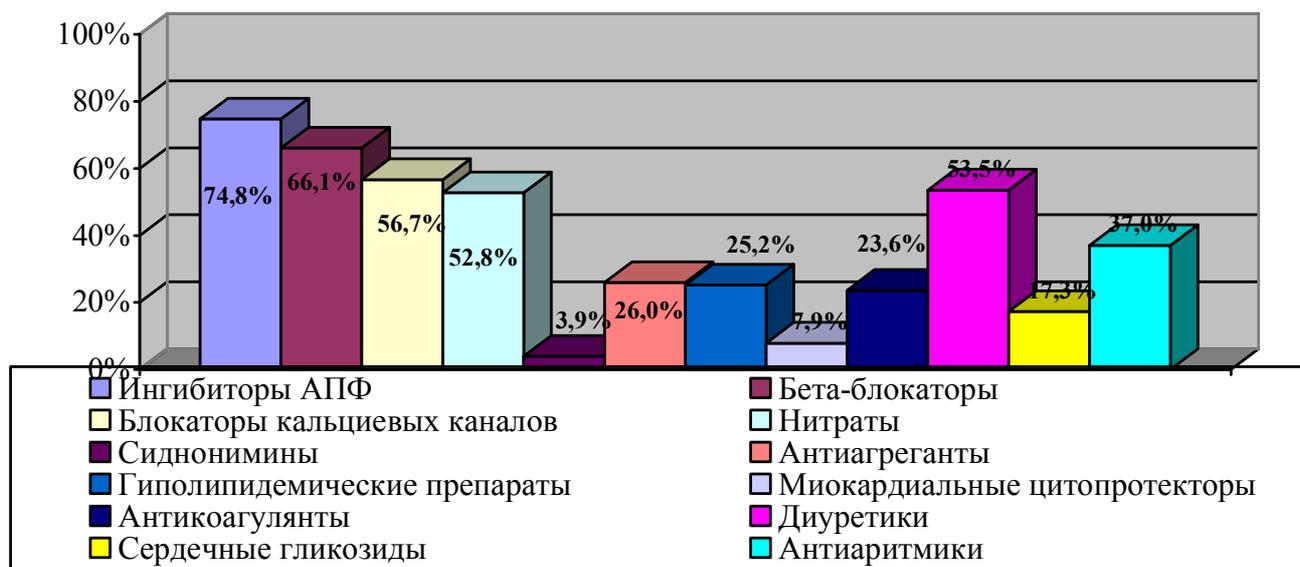


Рис. 1. Кардиотропные лекарственные средства, реализуемые из аптек населению

Таким образом, результаты проведенного социологического опроса выявили определенный дефицит объективной информации о препаратах, используемых для лечения сердечно-сосудистых заболеваний, что является объективной предпосылкой к разработке модели информационно-консультационной услуги для пациента с заболеванием сердечно-сосудистой системы.

Заключение

Происходящие в стране процессы модернизации в области здравоохранения диктуют необходимость пересмотра концепции управления качеством медицинской и лекарственной помощи, актуальным является вопрос повышения качества управленческих процессов в системе здравоохранения на региональном уровне. Развитие системы управления качеством медицинской помощи должно учитывать не только аспект оказания медицинской услуги населению, но и вопросы лекарственной обеспечения больных с определенной патологией с учетом особенностей региона.

Список литературы

1. Бедорева Ю.И., Фомичев Н.Г., Садовой М.А. и др. Роль принципов всеобщего менеджмента качества в управлении федеральным учреждением здравоохранения // Хирургия позвоночника. 2006. № 4. С. 75-83.
2. Болл С.В., Голинский Ю.Г. Проблемы формирования единой системы стандартизации в здравоохранении // Главврач. 2006. № 9. С. 41-45.
3. Воробьев П.А. Качество медицинской помощи: проблемы оценки, контроля и управления // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2007. № 10. С. 6-14.
4. Карташов В.Т. Качество медицинской помощи: ожидания и действительность // Здравоохранение. 2008. № 5. С. 29-38.
5. Качество медицинской помощи. Глоссарий. Россия. США. 2000. 107 с.
6. Комаров Ю.М., Короткова А.В., Галанова Г.И. Концептуальные подходы к управлению качеством медицинской помощи // "Управление качеством медицинской помощи в Российской Федерации". Материалы ежегодной 4-ой Российской научно-практической конференции НПО "Медсоцэкономинформ". Москва, 1997. С.28-55.
7. Короткова А.В., Скачкова Е.И. Качество и контроль // Вестник Росздравнадзора. 2010. № 5. С.10-15.
8. Короткова А.В., Сон И.М., Леонов С.А. Методологические подходы к оценке результатов деятельности системы здравоохранения в целом и поставщиков услуг // Социальные аспекты здоровья населения. 2008. Т. 7. № 3. С. 4.
9. Кучеренко В. З. Организация и оценка качества лечебно-профилактической помощи населению. Москва. ГЭОТАР-Медиа. 2008. 560 с.
10. Ломакин А.Г. Современные тенденции управления качеством медицинской помощи в многопрофильном ЛПУ // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова . 2009. Т. 4. № 2. С. 102-109.

11. Лукашев А.М. Комплексный подход к управлению качеством медицинской помощи // Клиническая геронтология. 2009. Т. 15. № 10-11. С.71-76.

12. Михайлова Н.В. Методология обеспечения и управления качеством медицинской помощи в соответствии с международными стандартами ИСО СЕРИИ 9000 // Вестник Росздравнадзора. 2010. № 3. С. 19-27.

13. Тельнова Е.А. Качество оказания медицинской помощи как основная задача системы здравоохранения // Вестник Росздравнадзора. 2010. № 5. С. 4-9.

14. Тимофеев И.В., Чавпецов В.Ф., Грицак О.В. Организационно-управленческие и правовые аспекты совершенствования медицинского обслуживания в современных условиях // Евразийская интеграция: экономика, право, политика. 2009. № 6. С. 77-79.

15. Шоу Ч., Кало А. Основы для разработки национальных стратегий по усовершенствованию качества в системах здравоохранения. ВОЗ. 1999. 87 с.

16. Donabedian A. Models of quality assurance. Leonard S. Osenfe W. Memorial Lecture, School of Public Health University of North Carolina in Chapel Hill. February 26. 1993.

17. INTERNATIONAL STANDARD ISO 9000. Quality management systems - Fundamentals and vocabulary. 2005. p. 4-40.

18. Palmer R.H. Confronting Special Implementation Issue: The Epidemiology of Quality Problem in Medicare: New Directions in Quality Assurance. Eds. M. S. Donalson, S. Harris-Welling and K. N. Johr. - Washington, OC. National Academy Press. 1991. P. 96-104.

19. Peterson M.C. A systematic review of outcomes and quality measures in adult patients cared for by hospitalists vs nonhospitalists//Mayo Clin. Proc. 2009. Vol.84. N3. P.248-254

20. Vuory H.V. Quality assurance of health services. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe. Public Health in Europe. 1982. № 16. P. 3-8.

References

1. Bedoreva Yu.I., Fomichev N.G., Sadovoy M.A. et al. Rol printsipov vseobshchego menedzhmenta kachestva v upravlenii federal'nym uchrezhdeniem zdavookhraneniya [The role of the principles of total quality management in the management of the federal health care institution]. *Khirurgiya pozvonochnika* [Spine surgery], no. 4 (2006): 75-83.
2. Boll S.V., Golinskiy Yu.G. Problemy formirovaniya edinoj sistemy standartizatsii v zdavookhranении [The problem of forming a unified system of standardization in health]. *Glavvrach* [Medical director], no. 9 (2006): 41-45.
3. Vorobev P.A. Kachestvo meditsinskoj pomoshchi: problemy otsenki, kontrolya i upravleniya [Quality of care: problems of assessment, monitoring and management]. *Problemy standartizatsii v zdavookhranении* [Problems of standardization in health care], no. 10 (2007): 6-14.
4. Kartashov V.T. Kachestvo meditsinskoj pomoshchi: ozhidaniya i deystvitelnost [Quality of care: expectations and reality]. *Zdavookhranenie* [Health], no. 5 (2008): 29-38.
5. *Kachestvo meditsinskoj pomoshchi. Glossariy. Rossiya. SShA* [Quality of care. Glossary. Russia. USA]. 2000. 107 p.
6. Komarov Yu.M., Korotkova A.V., Galanova G.I. Kontseptualnye podkhody k upravleniyu kachestvom meditsinskoj pomoshchi [Conceptual approaches to the management of health care quality]. *Upravlenie kachestvom meditsinskoj pomoshchi v Rossiyskoj Federatsii: Materialy ezhegodnoy 4-oy Rossiyskoj nauchno-prakticheskoy konferentsii NPO "Medsotsekonominform"* [Health Care Quality Assurance in the Russian Federation: Proceedings of the fourth annual Russian scientific-practical conference of "Medsotsekonominform"]. Moscow, 1997. pp. 28-55.
7. Korotkova A.V., Skachkova E.I. Kachestvo i kontrol [Quality and control]. *Vestnik Roszdravnadzora* [Bulletin Roszdravnadzor], no. 5 (2010): 10-15.

8. Korotkova A.V., Son I.M., Leonov C.A. Metodologicheskie podkhody k otsenke rezultatov deyatel'nosti sistemy zdravookhraneniya v tselom i postavshchikov uslug [Methodological approaches to assess the performance of the health system in general, and service providers]. *Sotsialnye aspekty zdorovya naseleniya* [Social aspects of public health] 7, no. 3 (2008): 4.

9. Kucherenko V.Z. *Organizatsiya i otsenka kachestva lechebno-profilakticheskoy pomoshchi naseleniyu* [Organization and evaluation of the quality of treatment and preventive care]. Moscow. GEOTAR Media. 2008. 560 p.

10. Lomakin A.G. Sovremennye tendentsii upravleniya kachestvom meditsinskoj pomoshchi v mnogoprofilnom LPU [Modern trends of quality management of medical care in a multidisciplinary health facility]. *Vestnik Natsional'nogo mediko-khirurgicheskogo tsentra im. N.I. Pirogova* [Journal of the National Medical and Surgical Center] 4, no. 2 (2009): 102-109.

11. Lukashev A.M. Kompleksnyy podkhod k upravleniyu kachestvom meditsinskoj pomoshchi [Integrated approach to health care quality]. *Klinicheskaya gerontologiya* [Clinical Gerontology] 15, no. 10-11 (2009): 71-76.

12. Mikhaylova N.V. Metodologiya obespecheniya i upravleniya kachestvom meditsinskoj pomoshchi v sootvetstvii s mezhdunarodnymi standartami ISO SERII 9000 [The methodology of quality assurance and management of health care in accordance with the international standards ISO 9000]. *Vestnik Roszdravnadzora* [Bulletin Roszdravnadzor], no. 3 (2010): 19-27.

13. Telnova E.A. Kachestvo okazaniya meditsinskoj pomoshchi kak osnovnaya zadacha sistemy zdravookhraneniya [Quality of care as the main task of the health system]. *Vestnik Roszdravnadzora* [Bulletin Roszdravnadzor], no. 5 (2010): 4-9.

14. Timofeev I.V., Chavpetsov V.F., Gritsak O.V. Organizatsionno-upravlencheskie i pravovye aspekty sovershenstvovaniya meditsinskogo obsluzhivaniya v sovremennykh usloviyakh [Organizational, managerial and legal

aspects of patient care in today]. *Evraziyskaya integratsiya: ekonomika, pravo, politika* [Eurasian integration: economics, law, and politics], no. 6 (2009): 77-79.

15. Shou Ch., Kalo A. *Osnovy dlya razrabotki natsionalnykh strategiy po usovershenstvovaniyu kachestva v sistemakh zdravookhraneniya. VOZ* [Basis for the development of national strategies for the improvement of quality in health systems. WHO]. 1999. 87 p.

16. Donabedian A. Models of quality assurance. Leonard S. Osenfe W. Memorial Lecture, School of Public Health University of North Carolina in Chapel HiB. February 26. 1993.

17. INTERNATIONAL STANDARD ISO 9000. Quality management systems - Fundamentals and vocabulary. 2005. p. 4-40.

18. Palmer R.H. Confronting Special Implementation Issue: The Epidemiology of Quality Problem in Medicare: New Directions in Quality Assurance. Eds. M. S. Donalson, S. Harris-Welling and K. N. Johr. Washington, OC. National Academy Press. 1991. P. 96-104.

19. Peterson M.C. A systematic review of outcomes and quality measures in adult patients cared for by hospitalists vs nonhospitalists // Mayo Clin. Proc. 2009. Vol.84. N3. P.248-254

20. Vuory H.V. Quality assurance of health services. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe. Public Health in Europe. 1982. № 16. P. 3-8.

ДАННЫЕ ОБ АВТОРАХ

Ацель Евгения Александровна, доцент кафедры терапии и семейной медицины, кандидат медицинских наук, доцент

Казанская государственная медицинская академия

ул. Муштары, д. 11, г. Казань, 420012, Россия

atzel@mail.ru

Фомина Анна Владимировна, заведующая кафедрой общественного здоровья, здравоохранения и гигиены, доктор фармацевтических наук, доцент

Российский университет дружбы народов

ул. Миклухо-Маклая, д.6, г. Москва, 117198, Россия

fomina@med.rudn.ru

DATA ABOUT THE AUTHORS

Atsel Evgenie Aleksandrovna, associate Professor of the Department of Therapy and Family Medicine, PhD, associate Professor

Kazan state medical academy

11, Mushtari str., Kazan, 420012, Russia

atzel@mail.ru

Fomina Anna Vladimirovna, head of the Department of public health and hygiene, doctor of pharmaceutical sciences, associate Professor

Peoples Friendship University of Russia

8, Mikluho-Maklaya str., Moscow, 117198, Russia

fomina@med.rudn.ru

Рецензент:

Гажева А.В., Ученый секретарь ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, к.м.н.