

40,5 млн руб., в ПФО – 370,4 млн руб., в РФ – 1964,5 млн руб. в 2010 г.

Таким образом, не прямые медицинские затраты государства на лечение пневмонии в Самарской области составляют 10,9% от косвенных затрат государства на лечение пневмонии в ПФО и 2,1% от косвенных затрат государства на лечение пневмонии в Российской Федерации.

#### Выводы:

1. Затраты государства на выплату пособий по временной утрате трудоспособности по пневмониям за 2010 г. в Самарской области составили 32,9 млн руб., что соответствует 2,2% от затрат государства всего по России и 10,8% по Приволжскому федеральному округу.

2. Потери регионального валового продукта по причине временной утраты трудоспособности в связи с пневмонией в Самарской области за 2010 г. составили 7,6 млн руб., что соответствует 1,6% от затрат государства всего по России и 11,4% по Приволжскому федеральному округу.

3. Непрямые медицинские затраты государства на лечение пневмонии в Самарской области за 2010 г. составляют 40,5 млн руб., в ПФО – 370,4 млн руб., в РФ – 1964,5 млн руб., что соответствует 2,1% от затрат государства всего по России и 10,9% по Приволжскому федеральному округу.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Зайцев, А.А. Фармакоэкономический анализ режимов антибактериальной терапии внебольничной пневмонии в стационаре / А.А. Зайцев [и др.] // Практическая фармакоэкономика. Бронхопальмонология (научный сборник). – М.: Фарм Медиа, 2012. – С. 49–58.
2. Куликов, А.Ю. Методологический аппарат фармакоэкономических исследований / А.Ю. Куликов // Практическая фармакоэкономика. Бронхопальмонология (научный сборник). – М.: Фарм Медиа, 2012. – С. 7–15.
3. Оськина, Е.А. Методические и практические аспекты оценки прямых медицинских затрат на больных пневмонией в отдельно взятом регионе / Е.А. Оськина, А.В. Жестков [и др.] // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2012. – № 3. – С. 16–24.
4. Практическая фармакоэкономика. Бронхопальмонология (научный сборник) / под ред. Р.И. Ягудиной. – М.: Фарм Медиа, 2012. – 70 с.
5. Baltolome, M. A population-based study of the costs of care for community-acquired pneumonia / M. Baltolome, J. Almirall, J. Morera [et al.] // Eur. Respir. J. – 2004. – Vol. 23. – P. 610–616.

6. File, T.M.Jr. Burden of community-acquired pneumonia in North American adults / T.M.Jr. File, T.J. Marrie // Postgrad Med. – 2010. – Vol. 122. – P. 130–141.
7. Pneumonia. European lung white book. – 2<sup>nd</sup> ed. – Sheffield, UK: European Respiratory Society; European Lung Foundation, 2003. – P. 55–65.
8. Guest, J.F. Community-acquired pneumonia: the annual cost to the National Health Service in the UK / J.F. Guest, A. Morris // Eur. Respir. J. – 1997. – Vol. 10. – P. 1530–1534.
9. Guest, J.F. Community-acquired pneumonia: the annual cost to the National Health Service in the UK / J.F. Guest, A. Morris // Eur. Respir. J. – 1997. – Vol. 10. – P. 704–708.
10. Scott, G. Economic cost of community-acquired pneumonia in New Zealand adults / G. Scott, H. Scott, M. Turlay [et al.] // N. Z. Med. J. – 2004. – P. 117–119.

#### REFERENCES

1. Zaicev, A.A. Farmakoeconomicheskii analiz rezhimov antibakterial'noi terapii vnebol'nichnoi pnevmonii v stacionare / A.A. Zaicev [i dr.] // Prakticheskaya farmakoeconomika. Bronhopul'monologiya (nauchnyi sbornik). – M.: Farm Media, 2012. – S. 49–58.
2. Kulikov, A.Yu. Metodologicheskii apparat farmakoeconomicheskikh issledovaniy / A.Yu. Kulikov // Prakticheskaya farmakoeconomika. Bronhopul'monologiya (nauchnyi sbornik). – M.: Farm Media, 2012. – S. 7–15.
3. Os'kina, E.A. Metodicheskie i prakticheskie aspekty ocenki pryamykh medicinskih zatrat na bol'nyh pnevmoniei v otdel'no vzyatom regione / E.A. Os'kina, A.V. Zhestkov [i dr.] // Medicinskie tehnologii. Ocenka i vybor. – 2012. – № 3. – S. 16–24.
4. Prakticheskaya farmakoeconomika. Bronhopul'monologiya (nauchnyi sbornik) / pod red. R.I. Yagudinoi. – M.: Farm Media, 2012. – 70 s.
5. Baltolome, M. A population-based study of the costs of care for community-acquired pneumonia / M. Baltolome, J. Almirall, J. Morera [et al.] // Eur. Respir. J. – 2004. – Vol. 23. – P. 610–616.
6. File, T.M.Jr. Burden of community-acquired pneumonia in North American adults / T.M.Jr. File, T.J. Marrie // Postgrad Med. – 2010. – Vol. 122. – P. 130–141.
7. Pneumonia. European lung white book. – 2<sup>nd</sup> ed. – Sheffield, UK: European Respiratory Society; European Lung Foundation, 2003. – P. 55–65.
8. Guest, J.F. Community-acquired pneumonia: the annual cost to the National Health Service in the UK / J.F. Guest, A. Morris // Eur. Respir. J. – 1997. – Vol. 10. – P. 1530–1534.
9. Guest, J.F. Community-acquired pneumonia: the annual cost to the National Health Service in the UK / J.F. Guest, A. Morris // Eur. Respir. J. – 1997. – Vol. 10. – P. 704–708.
10. Scott, G. Economic cost of community-acquired pneumonia in New Zealand adults / G. Scott, H. Scott, M. Turlay [et al.] // N. Z. Med. J. – 2004. – P. 117–119.

© Е.А. Ацель, 2013

УДК 614.2:616.12-082

## УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ПЕРИОД МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**ЕВГЕНИЯ АЛЕКСАНДРОВНА АЦЕЛЬ**, канд. мед. наук, доцент кафедры терапии и семейной медицины  
ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России,  
тел. 8-904-762-06-14, e-mail: atzel@mail.ru

**Реферат.** В статье обсуждаются различные концепции, методология и модели обеспечения качества медицинской помощи, оказываемой в учреждениях системы здравоохранения. Подчеркивается необходимость создания концептуальной модели управления качеством медицинской помощи кардиологическим больным на региональном уровне.

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

# ESTIMATION OF QUALITY OF CARDIOLOGICAL AID IN PUBLIC HEALTH SERVICES MODERNIZATION

EUGENIA A. ATSEL

**Abstract.** 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. Necessity of creation of conceptual model of management of quality of medical aid by the cardiologists at regional level is underlined.

**Key words:** public health services, medical aid, quality of medical aid, medical aid quality management, cardiologists patients.

Проблема улучшения качества медицинской помощи является актуальной не только в отечественном здравоохранении [1]: 30–50% затрат на здравоохранение в США приходится на низкокачественные медицинские услуги [2].

В иностранной литературе можно встретить множество различных определений концепции обеспечения качества. Так, А. Donabedian [3, 4] определяет ее как «всю деятельность, направленную на обеспечение, поддержание и улучшение качества медицинской деятельности». Н.В. Vuory [5] 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 [6], 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 сегодняшний день большинство авторов сходятся на необходимости использования системы понятий и показателей, каждый из которых раскрывал бы ту или иную сторону понятия «медицинская помощь» применительно к конкретным условиям функционирования системы здравоохранения, а все они в целом создавали бы четкую картину состояния качества медицинской помощи на любом ее уровне [6, 7].

Методология управления качеством медицинской помощи в настоящее время в большинстве стран мира признана лучшей методической базой повышения эффективности и качества системы здравоохранения. Европейским бюро ВОЗ издан документ «Основы для разработки национальных стратегий по совершенствованию качества в системах здравоохранения», в котором анализируется опыт различных стран по созданию систем управления качеством [8].

С учетом возможностей и национальных особенностей развитые страны при реформировании и реорганизации систем здравоохранения применяют различные технологии и методики, объединенные под общим названием «управление качеством». Обеспечение качества (Quality Assurance), всеобщее управление качеством (Total Quality Management), непрерывное улучшение качества (Continues Quality Improvement), улучшение качества (Quality Improvement) – это семейство управленческих технологий, в названиях которых на английском языке применяется термин «качество», они объединены тем, что это разного рода и различного уровня управляющие воздействия на систему, направленные на улучшение результата ее работы [9].

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

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

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

- направленность на долгосрочный успех, понимание его обусловленности признанием потребителя высокого качества результатов деятельности как самих организаций, так и отдельных их работников;

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

Таким образом, главная задача управления качеством в здравоохранении сводится к созданию в организациях современной этико-деонтологической культуры, нацеленной на высокое качество медицинских услуг и товаров медицинского назначения [10].

Как новую философию управления концепцию непрерывного улучшения качества разработал американский специалист в области качества Деминг (W.E. Deming). Основой этой философии является стремление к постоянному совершенствованию продукции или услуг. Но реализация этой цели невозможна без формирования и 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”».

Как стратегия непрерывное улучшение качества медицинской помощи концентрирует свое основное внимание на следующих функциях управления в работе медицинских организаций: обеспечение ожидаемого и достижимого на современном этапе развития здравоохранения и в пределах доступных ресурсов уровня качества (степени удовлетворения потребности); улучшение лечебно-диагностического и технологического процессов, если результаты неудовлетворительны; поддержание достигнутого уровня, если результаты удовлетворительны (контроль качества); постоянное совершенствование качества, снижение цен на медицинские услуги за счет бездефектной работы, активное вовлечение всех

сотрудников и эффективное использование их знаний, руководство через конкретный положительный или отрицательный пример и управление через свершившийся факт [11, 12, 13]. Критериями эффективности цикла непрерывного улучшения качества являются социальные, медицинские, экономические результаты и удовлетворенность потребителя [12].

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

Российские ученые, хорошо владеющие системным анализом, выделили общее и частное из зарубежных методологий и ввели русский термин «управление качеством». Это более широкое понятие, которое объединяет все вышеуказанные методы и инструменты и подразумевает весь цикл управления [15]. В Глоссарии по качеству медицинской помощи дано 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» [16]. Основная идея управления качеством заключается в совершенствовании системы для наиболее полного удовлетворения потребностей населения в целом и каждого гражданина в отдельности. Если при совершенствовании системы эта цель достигается, то улучшаются результаты деятельности системы. Таким образом, улучшение качества приводит к повышению эффективности затрат [17].

Выделяют три модели управления процессом обеспечения качества с учетом специфики здравоохранения: профессиональную, бюрократическую и индустриальную.

*Профессиональная модель* исторически сложилась как форма управления качеством в стационаре, где критерием качества является индивидуальный профессиональный уровень. Эта модель, основанная только на интуитивном мышлении врача, оказалась малоэффективной в условиях оказания высокотехнологичных видов медицинской помощи, которые требуют скоординированного участия большого числа специалистов. В данной модели не учитывается экономическая составляющая качества, а оценка результатов проводится самими лечащими врачами в рамках профессиональной экспертизы.

*Бюрократическая модель* управления основывается на аудиторном принципе – стандартизации объемов работы и результатов медицинской помощи. В системе управления используются приказы, распоряжения и методология повсеместного контроля [12, 18]. Данной модели присущи все атрибуты профессиональной модели управления. В настоящее время эта модель управления применяется во многих учреждениях страны. Внедрение бюрократической модели, основанной на стандартизации объемов и результатов медицинской помощи, является прогрессивным шагом в работе по улучшению качества медицинской помощи, но при ее реализации не участвуют вспомогательные и хозяйственные службы медицинских учреждений,

органы управления здравоохранением, медицинские работники. Вопросами качества медицинской помощи занимаются представители администрации и руководители лечебно-диагностических подразделений, от правильного взаимодействия которых значительно зависит качество.

*Индустриальная модель.* Основой данной модели управления качеством является модель Деминга, которая основывается на трех основных принципах: процессном подходе, непрерывном повышении качества, участии в процессе управления качеством всего персонала и самоконтроле ключевых этапов процесса. Важной составляющей данной теории управления, утверждающей, что качество обеспечивается при использовании качественных процессов, материалов и инструментов, стал принцип непрерывного повышения качества медицинской помощи. При этом для достижения наилучшего результата нужно сконцентрировать усилия не на проверке индивидуального выполнения, а на управлении процессами, выявлении отклонений и анализе причин отклонений. Это позволяет управлять достижением клинических результатов, не завышать стоимость медицинской помощи, повышать удовлетворенность медицинского персонала своей работой и пациентов полученной медицинской помощью [12].

Современные подходы индустриальной модели управления качеством характеризуются следующими положениями:

1. Организации рассматриваются как открытые системы, действующие в тесном контакте с внешней средой (так называемый системный подход к управлению организацией).

2. Управление организацией (включает последовательное непрерывное осуществление управленческих функций: планирование, создание структуры организации, адекватной целям и задачам, обеспечение мотивации сотрудников к выполнению работы, координацию и контроль).

3. Обеспечение качества продукции [18].

По мнению ряда исследователей, в связи с наличием многочисленных отрицательных системных (организационных, правовых, финансовых) факторов оптимальной является модель, сочетающая отдельные элементы трех известных систем управления качеством медицинской помощи – профессиональной, бюрократической и индустриальной. При этом главным условием широкого распространения наиболее эффективных моделей непрерывного повышения качества является создание государственных механизмов стимулирования качественной работы [19].

Таким образом, система управления (менеджмента) качества предполагает наличие систематически планируемых и реализуемых действий, которые направлены на максимальное воспроизведение потребительских свойств при выполнении каждой услуги или элемента работы. Система менеджмента качества является циклической, в начале каждого цикла проводится оценка возможности удовлетворения ожиданий потребителя, разрабатываются технологии, осуществляются работы и оценивается их эффективность. На основе оценки результатов снова планируются изменения в ресурсах и технологиях. В рамках системы менеджмента качества учитывается мнение потребителя, выявляются отклонения от стандарта, анализируются причины этих отклонений, поощрение отличившихся в лучшую сторону (создание положительной мотивации вместо

отрицательной, которая используется в системе контроля качества, где выявление отклонений от заданных параметров качества наказывается административно или экономически) [18]. В здравоохранении цикл Деминга: Plan – Do – Check – Act (PDCA) – планируй – делай – проверяй – воздействуй «работает» так же эффективно, как и в других отраслях. При этом повышение качества медицинской помощи приводит к уменьшению затрат и потерь [20].

Ключевые позиции в современных экономических условиях занимают организации, которые ориентированы на потребителей и считают главной задачей наиболее полное удовлетворение потребностей потребителей, т.е. нацеленные на то, чтобы ожидания потребителей в точности совпадали с параметрами конечного продукта. При этом нужно отметить, что не существует универсального метода или технологии построения системы качества. Перед каждой организацией стоит задача создания собственной системы, которая максимально учитывает специфику организации [21, 22].

Анализ литературы показывает, что в российском здравоохранении концепция обеспечения качества медицинской помощи окончательно не сложилась [23]. Обязательный контроль на государственном уровне проводится только за общим характером качества медицинской помощи (например, производство лекарственных препаратов, вневедомственный и внутриведомственный контроль качества оказываемых услуг, эффективность целевых федеральных программ и т.д.). Поэтому в организации мероприятий по обеспечению качества инициатива должна исходить от профессиональных работников. Эта деятельность не является обязательной, так как отсутствуют соответствующие законы и нормативные акты, существует дефицит финансирования, отсутствуют государственные программы по обеспечению качества и т.д. [24]. Но опыт применения методологии и подходов к управлению качеством медицинской помощи в ряде лечебно-профилактических учреждений России позволяет сделать вывод о том, что их использование должно стать неотъемлемой частью концепции управления качеством в здравоохранении [23].

Несмотря на усилия ученых, врачей и органов управления здравоохранением, сердечно-сосудистые заболевания в Российской Федерации остаются одной из наиболее значимых медико-социальных проблем. Это обусловлено как их широким распространением, так и тем, что сердечно-сосудистые заболевания главным образом определяют высокую смертность населения в нашей стране.

Происходящие в стране процессы модернизации в области здравоохранения диктуют необходимость пересмотра концепции управления качеством медицинской помощи кардиологическим больным. Принимая во внимание, что полномочия по обеспечению качества медицинской помощи переданы субъектам Российской Федерации, актуальным является вопрос повышения качества управленческих процессов в системе здравоохранения на региональном уровне. Таким образом, проблема обеспечения качества медицинской помощи кардиологическим больным на современном этапе развития здравоохранения требует поиска научно обоснованных решений с учетом особенностей региона.

## ЛИТЕРАТУРА

1. INTERNATIONAL STANDARD ISO 9000. Quality management systems – Fundamentals and vocabulary. – 2005. – P. 4–40.
2. Бедорева, Ю.И. Роль принципов всеобщего менеджмента качества в управлении федеральным учреждением здравоохранения / Ю.И. Бедорева, Н.Г. Фомичев, М.А. Садовой, В.Ю. Самарина // Хирургия позвоночника. – 2006. – № 4. – С. 75–83.
3. Donabedian, A. Twenty years of Research on the Quality of Medical care / A. Donabedian // Evaluation and the Health professions. – 1985. – № 3. – P. 243–265.
4. Donabedian, A. Models of quality assurance / A. Donabedian, S. Leonard, W. Osenfe // Memorial Lecture, School of Public Health University of North Carolina in Chapel HiB. – 1993. – Febr. 26.
5. Vuory, H.V. Quality assurance of health services / H.V. Vuory // Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. Public Health in Europe. – 1982. – № 16. – P. 3–8.
6. Palmer, R.H. Confronting Special Implementation Issue: The Epidemiology of Quality Problem in Medicare: New Directions in Quality Assurance / R.H. Palmer; eds. M.S. Donaldson, S. Harris-Welling, K.N. Johr. – Washington, OC: National Academy Press, 1991. – P. 96–104.
7. Peterson, M.C. A systematic review of outcomes and quality measures in adult patients cared for by hospitalists vs nonhospitalists / M.C. Peterson // Mayo Clin. Proc. – 2009. – Vol. 84, № 3. – P. 248–254.
8. Шоу, Ч. Основы для разработки национальных стратегий по усовершенствованию качества в системах здравоохранения / Ч. Шоу, А. Кало. – ВОЗ, 1999. – 87 с.
9. Комаров, Ю.М. Концептуальные подходы к управлению качеством медицинской помощи / Ю.М. Комаров, А.В. Короткова, Г.И. Галанова // Управление качеством медицинской помощи в Российской Федерации: материалы ежегодной 4-й Рос. науч.-практ. конф. НПО «Медсоцэкономинформ». – М., 1997. – С. 28–55.
10. Лукашев, А.М. Комплексный подход к управлению качеством медицинской помощи / А.М. Лукашев // Клиническая геронтология. – 2009. – Т. 15, № 10/11. – С. 71–76.
11. Уйба, В.В. Общетеоретические основы управления качеством медицинской помощи / В.В. Уйба // Проблемы управления здравоохранением. – 2005. – № 4. – С. 22–29.
12. Кучеренко, В.З. Организация и оценка качества лечебно-профилактической помощи населению: рек. УМО по мед. и фармацев. образованию вузов России в качестве учеб. пособия для студентов мед. вузов / В.З. Кучеренко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 560 с.
13. Короткова, А.В. Качество и контроль / А.В. Короткова, Е.И. Скачкова // Вестник Росздравнадзора. – 2010. – № 5. – С. 10–15.
14. Тимофеев, И.В. Организационно-управленческие и правовые аспекты совершенствования медицинского обслуживания в современных условиях / И.В. Тимофеев, В.Ф. Чавпецов, О.В. Грицак // Евразийская интеграция: экономика, право, политика. – 2009. – № 6. – С. 77–79.
15. Короткова, А.В. Методологические подходы к оценке результатов деятельности системы здравоохранения в целом и поставщиков услуг / А.В. Короткова, И.М. Сон, С.А. Леонов // Социальные аспекты здоровья населения. – 2008. – Т. 7, № 3. – С. 4.
16. Качество медицинской помощи. Глоссарий. Россия – США. – 2000. – 107 с.
17. Линденбратен, А.Л. Оценка качества и эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений: метод. материалы / А.Л. Линденбратен. – М.: НИИСГЭУЗ, 1999. – 66 с.
18. Воробьев, П.А. Качество медицинской помощи: проблемы оценки, контроля и управления / П.А. Воробьев // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2007. – № 10. – С. 6–14.
19. Карташов, В.Т. Качество медицинской помощи: ожидания и действительность / В.Т. Карташов // Здравоохранение. – 2008. – № 5. – С. 29–38.

20. Михайлова, Н.В. Методология обеспечения и управления качеством медицинской помощи в соответствии с международными стандартами ИСО СЕРИИ 9000 / Н.В. Михайлова // Вестник Росздравнадзора. – 2010. – № 3. – С. 19–27.
21. Гуров, П.А. Актуальные вопросы стандартизации, управления качеством в восстановительной медицине / П.А. Гуров, А.Е. Вериковский, Е.Д. Нестеров // Квалификация и качество. – 2003. – № 1. – С. 19–21.
22. Левинсон, У.А. Лечение качеством: стандарт ИСО 9001 против врачебных ошибок / У.А. Левинсон // ИСО 9000-14000. – 2006. – № 5. – С. 11–13.
23. Ломакин, А.Г. Современные тенденции управления качеством медицинской помощи в многопрофильном ЛПУ / А.Г. Ломакин // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. – 2009. – Т. 4, № 2. – С. 102–109.
24. Болл, С.В. Проблемы формирования единой системы стандартизации в здравоохранении / С.В. Болл, Ю.Г. Голинский // Главврач. – 2006. – № 9. – С. 41–45.
- materialy ezhegodnoi 4-i Ros. nauch.-prakt. konf. NPO «Medsocekonominform». – М., 1997. –С. 28–55.
10. Lukashev, A.M. Kompleksnyi podhod k upravleniyu kachestvom medicinskoj pomoschi / A.M. Lukashev // Klinicheskaya gerontologiya. – 2009. – Т. 15, № 10/11. – С. 71–76.
11. Uiba, V.V. Obscheteoreticheskie osnovy upravleniya kachestvom medicinskoj pomoschi / V.V. Uiba // Problemy upravleniya zdavoohraneniem. – 2005. – № 4. – С. 22–29.
12. Kucherenko, V.Z. Organizaciya i ochenka kachestva lechbeno-profilakticheskoi pomoschi naseleniyu: rek. UMO po med. i farmac. obrazovaniyu vuzov Rossii v kachestve ucheb. posobiya dlya studentov med. vuzov / V.Z. Kucherenko. – М.: GEOTAR-Media, 2008. – 560 s.
13. Korotkova, A.V. Kachestvo i kontrol' / A.V. Korotkova, E.I. Skachkova // Vestnik Roszdravnadzora. – 2010. – № 5. – С. 10–15.
14. Timofeev, I.V. Organizacionno-upravlencheskie i pravovye aspekty sovershenstvovaniya medicinskogo obsluzhivaniya v sovremennyh usloviyah / I.V. Timofeev, V.F. Chavpecov, O.V. Gricak // Evraziiskaya integraciya: ekonomika, pravo, politika. – 2009. – № 6. – С. 77–79.
15. Korotkova, A.V. Metodologicheskie podhody k ocenke rezul'tatov deyatel'nosti sistemy zdavoohraneniya v celom i postavschikov uslug / A.V. Korotkova, I.M. Son, C.A. Leonov // Social'nye aspekty zdorov'ya naseleniya. – 2008. – Т. 7, № 3. – С. 4.
16. Kachestvo medicinskoj pomoschi. Glossarii. Rossiya – SSHA. – 2000. – 107 s.
17. Lindenbraten, A.L. Ochenka kachestva i effektivnosti deyatel'nosti lechbeno-profilakticheskikh uchrezhdenii: metod. materialy / A.L. Lindenbraten. – М.: NIISGEUZ, 1999. – 66 s.
18. Vorob'ev, P.A. Kachestvo medicinskoj pomoschi: problemy ochenki, kontrolya i upravleniya / P.A. Vorob'ev // Problemy standartizacii v zdavoohranenii. – 2007. – № 10. – С. 6–14.
19. Kartashov, V.T. Kachestvo medicinskoj pomoschi: ozhidaniya i deistvitel'nost' / V.T. Kartashov // Zdravoohranenie. – 2008. – № 5. – С. 29–38.
20. Mihailova, N.V. Metodologiya obespecheniya i upravleniya kachestvom medicinskoj pomoschi v sootvetstvii s mezhdunarodnymi standartami ISO SERII 9000 / N.V. Mihailova // Vestnik Roszdravnadzora. – 2010. – № 3. – С. 19–27.
21. Gurov, P.A. Aktual'nye voprosy standartizacii, upravleniya kachestvom v vosstanovitel'noi medicine / P.A. Gurov, A.E. Verikovskii, E.D. Nesterov // Kvalifikaciya i kachestvo. – 2003. – № 1. – С. 19–21.
22. Levinson, U.A. Lechenie kachestvom: standart ISO 9001 protiv vrachebnyh oshibok / U.A. Levinson // ISO 9000-14000. – 2006. – № 5. – С. 11–13.
23. Lomakin, A.G. Sovremennye tendencii upravleniya kachestvom medicinskoj pomoschi v mnogoprofil'nom LPU / A.G. Lomakin // Vestnik Nacional'nogo mediko-hirurgicheskogo centra im. N.I. Pirogova. – 2009. – Т. 4, № 2. – С. 102–109.
24. Boll, S.V. Problemy formirovaniya edinoi sistemy standartizacii v zdavoohranenii / S.V. Boll, Yu.G. Golinskii // Glavvrach. – 2006. – № 9. – С. 41–45.

## REFERENCES

- INTERNATIONAL STANDARD ISO 9000. Quality management systems – Fundamentals and vocabulary. – 2005. – P. 4–40.
- Bedoreva, Yu.I. Rol' principov vseobshego menedzhmenta kachestva v upravlenii federal'nym uchrezhdeniem zdavoohraneniya / Yu.I. Bedoreva, N.G. Fomichev, M.A. Sadovoi, V.YU. Samarina // Hirurgiya pozvonochnika. – 2006. – № 4. – С. 75–83.
- Donabedian, A. Twenty years of Research on the Quality of Medical care / A. Donabedian // Evaluation and the Health professions. – 1985. – № 3. – P. 243–265.
- Donabedian, A. Models of quality assurance / A. Donabedian, S. Leonard, W. Osenfe // Memorial Lecture, School of Public Health University of North Carolina in Chapel HiB. – 1993. – Febr. 26.
- Vuory, H.V. Quality assurance of health services / H.V. Vuory // Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. Public Health in Europe. – 1982. – № 16. – P. 3–8.
- Palmer, R.H. Confronting Special Implementation Issue: The Epidemiology of Quality Problem in Medicare: New Directions in Quality Assurance / R.H. Palmer; eds. M.S. Donalson, S. Harris-Welling, K.N. Johr. – Washington, OC: National Academy Press, 1991. –P. 96–104.
- Peterson, M.C. A systematic review of outcomes and quality measures in adult patients cared for by hospitalists vs nonhospitalists / M.C. Peterson // Mayo Clin. Proc. – 2009. –Vol. 84, № 3. – P. 248–254.
- Shou, Ch. Osnovy dlya razrabotki nacional'nyh strategii po usovershenstvovaniyu kachestva v sistemah zdavoohraneniya / Ch. Shou, A. Kalo. – VOZ, 1999. – 87 s.
- Komarov, Yu.M. Konceptual'nye podhody k upravleniyu kachestvom medicinskoj pomoschi / Yu.M. Komarov, A.V. Korotkova, G.I. Galanova // Upravlenie kachestvom medicinskoj pomoschi v Rossiiskoi Federacii: