

Т.Н.Биличенко, А.Г.Чучалин

Разработка индикаторов (критериев) для оценки качества и эффективности медицинской и пульмонологической помощи в медицинских учреждениях России

ФГБУ "НИИ пульмонологии" ФМБА России: 105077, Москва, ул. 11-я Парковая, 32, корп. 4

T.N.Bilichenko, A.G.Chuchalin

Development of quality indicators (criteria) to evaluate quality of healthcare and specialized pneumological care in medical facilities in Russia

Summary

To develop quality indicators and analytic models aimed at evaluation quality of specialized pneumological care, we have reviewed literature and currently published laws and regulations. This analysis resulted in development of 4 indicators of structure, 6 indicators of medical activities, and 23 indicators of results of healthcare. Thereafter, these indicators were validated using official statistic reports of three clinics. Results demonstrated that these quality indicators could be used to assess quality of medical care and specialized pneumological care; they allow summarize and compare results of work of healthcare facilities.

Key words: healthcare quality, quality indicators, criteria.

Резюме

С целью разработки индикаторных показателей и модели анализа данных медицинского учреждения и оценки качества и эффективности медицинской помощи (МП), в т. ч. пульмонологической, предоставляемой населению, проведен анализ существующих методологических подходов и критериев оценки по опубликованным литературным данным и нормативно-правовым актам. Разработано 4 индикатора структуры, 6 индикаторов медицинских процессов, 23 индикатора результатов МП населению. Для оценки эффективности применения данных индикаторов проведен анализ результатов деятельности 3 медико-санитарных частей по официальным формам статистической отчетности. Разработанные индикаторные показатели (критерии) могут быть использованы для оценки качества и эффективности предоставляемой МП, в т. ч. пульмонологической.

Ключевые слова: качество медицинской помощи, индикаторы, критерии.

Местным, региональным и федеральным властям необходим инструмент для определения потенциала доступности и оценки качества предоставляемой медицинской помощи (МП). Совершенствование МП населению направлено от оценки качества к его обеспечению и управлению. Обеспечение должного уровня качества — непростая задача, требующая выбора адекватной и безопасной для пациента технологии, создания необходимых количественных и качественных условий работы.

Положение о качестве МП было четко сформулировано в книге "Руководство по первичной медико-санитарной помощи" (2006) [1]: "Качество МП — совокупность характеристик МП, направленных на удовлетворение потребности граждан в эффективном предупреждении и лечении заболеваний, повышении качества и увеличении продолжительности жизни". Для оценки качества МП разрабатывается профиль индикаторов качества (ПИК), состоящий из нескольких индикаторов качества (ИК) и отражающий 1 составляющую МП (структура, медицинские процессы и результаты). ИК — это числовой ретроспективно измеримый элемент ПИК для оцен-

ки определенной области медицинской технологии, относительно которого имеются доказательства или признанное мнение, что его изменение связано с качеством МП [2, 7]. Эффективность ИК для оценки качества МП определяется степенью его научной обоснованности. ПИК может быть использован для оценки МП по таким критериям, как эффективность, безопасность, своевременность, правильность ведения больных и т. д. ПИК структуры используется на любом уровне системы здравоохранения; с его помощью дается количественная оценка условий оказания МП. ПИК медицинских процессов (ПИКмп) применяется для оценки правильности ведения пациентов в определенных клинических ситуациях (профилактика, диагностика, лечение, реабилитация). ПИК результатов (ПИКр) МП используется при оценке степени выполнения поставленных задач и достижения целевых уровней ИК.

Местные, региональные или национальные данные, собранные и проанализированные с использованием ИК, могут указывать на возможные проблемы, возникшие в результате ухудшения качества услуг здравоохранения. Делается это за счет отслеживания

данных о госпитализации пациентов при состояниях, которые следовало лечить в учреждениях амбулаторно-поликлинического звена, или которые могли бы быть менее тяжелыми, если бы лечение было получено пациентом вовремя. Так, пациент может быть госпитализирован по скорой помощи в связи с бронхиальной астмой (БА), если врач первичного звена не следует клиническим рекомендациям и не назначает адекватную терапию или пациент нерегулярно посещает врача и не соблюдает его рекомендации. Таким образом, с помощью ПИКр возможно оценить уровень результатов амбулаторно-поликлинической, стационарной и профилактической МП в конкретном учреждении и сравнить их с аналогичными.

Реально достижимый и нормативно утвержденный на определенный период уровень МП определяется как стандарт качества. Это нормативный документ, утвержденный компетентным органом, с помощью которого регламентируются правила, нормы и требования к объекту стандартизации. Федеральным медико-биологическим агентством (ФМБА) и Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга были разработаны и утверждены целевые показатели деятельности федеральных бюджетных учреждений [3, 4], однако качество МП в них отражено лишь частично.

Движение от оценки (контроля, экспертизы, надзора) качества к его обеспечению и управлению возможно через воздействие на структуру и ресурсы, соблюдение требований для аккредитации; влияние на качество — через стандарты на результаты деятельности; на технологии или процессы — через соблюдение "золотых правил" клинических рекомендаций и использование международных стандартов, а также путем непрерывного обучения медперсонала (в т. ч. принципам работы в команде) и лицензирования.

В условиях бюджетного финансирования учреждений здравоохранения, ориентированного на результаты работы, вопрос качества МП постоянно обсуждается с разных точек зрения: пациента, врача, организаторов здравоохранения [5, 6]. Разнообразие методов решения этой проблемы в зависимости от уровня организации и обеспечения МП, в т. ч. пульмонологической, указывает на отсутствие единой системы оценки качества.

Целью исследования была разработка ИК и модели анализа данных о деятельности медицинского учреждения (МУ) для оценки качества и эффективности предоставляемой населению МП по профилю "пульмонология".

Среди задач данной работы были следующие:

- разработка временных индикаторных показателей (критериев) оценки качества предоставляемой населению пульмонологической помощи;
- создание базы данных показателей деятельности МУ на основании официальных статистических форм отчетности для оценки качества предоставляемой населению МП, в т. ч. пульмонологической;

- анализ качества МП, в т. ч. пульмонологической, предоставляемой населению в МУ на основании разработанных индикаторных показателей (критериев).

Материалы и методы

Для анализа были использованы официальные формы (ф.) статистической отчетности 3 МУ ФМБА России разной мощности, в которых оказывается амбулаторная и стационарная помощь работникам организаций и населению отдельных территорий. Проанализированы данные следующих документов: "Сведения о медицинской организации" (ф. 30), "Сведения о деятельности стационара" (ф. 14), "Дневной стационар" (ф. 14-дс), "Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения" (ф. 12), "Медицинские и фармацевтические кадры" (ф. 17). Путем введения данных в программу персонального компьютера проведена статистическая обработка с расчетом ИК.

Рассматривались данные 3 МУ разной мощности. В 2012 г. были обслужены: МУ 1 — 23 851 человек (4 тыс. детей до 17 лет и 19 851 взрослый 18 лет и старше); МУ 2 — 122 290 человек (19 789 детей и 102 501 взрослый), МУ 3 — 49 884 человека (8 201 ребенок и 41 683 взрослых). В анализ были включены показатели, характеризующие МП, в т. ч. пульмонологическую, в целом. В расчет ПИК не были включены показатели по таким индикаторным заболеваниям у взрослых и детей, как пневмония, БА и хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) — у взрослых, но они могут быть определены дополнительно.

В анализ были включены следующие ПИК структуры:

- ПИК укомплектованности штатов, рассчитанный по ф. 30;
- ПИК образования медицинского персонала — по ф. 17 (табл. 1).

Был рассчитан ПИКмп из 6 ИК, характеризующих обеспеченность населения медицинскими услугами в рамках обязательной МП по линии обязательного медицинского страхования (ОМС), рассчитанных по ф. 30 (табл. 2). Оценка ПИКр проводилась на основании 23 ИК (показатели результатов амбулаторно-поликлинической, стационарной МП, а также исходов лечения), рассчитанных по данным ф. 30, 14, 14дс, 12 и характеризующих предоставленную МП (табл. 3). При расчетах ПИК индикаторы, повышающие качество МП, обозначались знаком "+", а снижающие — знаком "—".

Результаты

Сравнение ИУ штатов (физические лица / штатные должности по ф. 30) врачами и медицинскими сестрами в 3 учреждениях (см. табл. 1) показывает, что наиболее низкий уровень этого показателя был в МУ 1 (ИУ общий — 1,30), наиболее высокий — в МУ 2 (ИУ общий — 1,55). При этом ИУ медицинскими

Таблица 1
ИК структуры

Укомплектованность штатов (физические лица / штат), ф. 30	ИУ		
	МУ 1	МУ 2	МУ 3
Врачи (всего)	0,61	0,72	0,65
Средний медицинский персонал	0,69	0,83	0,85
1. ИУ общий (врачи + средний медицинский персонал)	1,30	1,55	1,50
1.1. Терапевт	0,80	0,86	0,84
1.2. Педиатр	0,53	0,59	0,91
1.3. Функциональная диагностика	0,00	0,83	0,67
1.4. Рентгенолог	0,80	0,78	0,35
1.5. Пульмонолог	0,00	1,00	0,00
1.6. Аллерголог	0,00	0,80	0,00
1.7. Отоларинголог	0,33	0,67	0,44
1.8. Фтизиатр	1,00	0,71	0,00
1.9. Патологоанатом	0,00	0,48	0,40
2. ИУ специалистами (1.1 + ... + 1.9)	3,46	6,71	3,61
ПИК укомплектованности штатов (1 + 2)*	4,76	8,26	5,11

Образование медицинского персонала (категории Всего / врачи или Медицинские сестры, всего), ф. 17	ИО		
	МУ 1	МУ 2	МУ 3
Врачи (всего)	0,27	0,68	0,67
Средний медицинский персонал	0,56	0,70	0,61
1. ИО общий (врачи + средний медицинский персонал)	0,83	1,38	1,28
Терапевт	0,27	0,56	0,56
Педиатр	0,11	0,85	0,64
2. ИО первичной МП (терапевт + педиатр)	0,38	1,41	1,20
3. ИКТ (медицинские / хозяйственные службы)	0,01	3,36	3,64
ПИК образования (1 + ... + 3)**	1,21	6,15	6,12

Примечание: ИУ – индекс укомплектованности штатов; * – профиль из суммы 2 ИК структуры укомплектованности штатов; ИО – индекс образования; ** – профиль из суммы 3 ИК образования; ИКТ – индекс компьютерной техники.

Таблица 2
ИК медицинских процессов

Обеспеченность обязательной МП (число услуг по ОМС / всех услуг), ф. 30	Индекс ОМС		
	МУ 1	МУ 2	МУ 3
1. Индекс посещений врача по ОМС (всего)	0,83	0,81	0,57
2. Индекс посещений врача сельскими жителями по ОМС	0,90	0,83	0,74
3. Индекс выбывших из стационара по ОМС	0,62	0,83	0,87
4. Индекс койко-дней по ОМС	0,55	0,62	0,85
4.1. Индекс посещений врача на дому детей 0–17 лет по ОМС	0,97	0,96	0,75
4.2. Индекс посещений врача на дому взрослых по ОМС	0,75	0,75	0,48
5. Индекс посещений врача на дому по поводу заболеваний по ОМС (всего)	0,86	0,85	0,61
5.1. Индекс посещений врача на дому по ОМС по поводу заболевания взрослых	0,99	0,94	0,77
5.2. Индекс посещений на дому по ОМС по поводу заболевания детей	0,97	0,97	0,96
6. Индекс обращений по ОМС по поводу заболевания (всего)	0,98	0,95	0,87
ПИКмп (1 + ... + 6)*	4,74	4,89	4,52

Примечание: * – профиль из суммы 6 ИК медицинских процессов.

сестрами в МУ 2 и 3 был > 0,80, а ИУ врачами (всего) – ниже этого уровня.

ИУ 9 специалистами, наличие которых важно для определения качества оказания медицинской, в т. ч. пульмонологической помощи, имели аналогичное распределение: из 9 специалистов штат МУ 1 был укомплектован 5 (терапевт, педиатр, рентгенолог, отоларинголог и фтизиатр), ИУ специалистами – 3,76. В МУ 2 присутствовали все 9 специалистов (ИУ специалистами – 6,71). В МУ 3 имелись 6 специалистов и отсутствовали пульмонолог, аллерголог и фтизиатр (ИУ специалистами – 3,61).

ИО всего медицинского персонала, определенный как отношение числа лиц, имеющих категории, к общему числу врачей и медицинских сестер, был самым низким в МУ 1. При этом уровень ИО врачей в МУ 1 был в 2 раза ниже, чем у медицинских сестер.

ИО врачей-терапевтов и педиатров, оказывающих первичную МП в МУ 1, был очень низким – 0,38, а в МУ 2 и 3 – 1,41 и 1,20 соответственно.

ИКТ, определенный как отношение числа компьютеров в медицинских подразделениях и хозяйственных службах, в МУ 1 был очень низким (компьютеры у врачей практически отсутствовали), а в МУ 2 и 3 – ИКТ > 3.

Результаты анализа показали, что в МУ 1 отмечены низкий уровень укомплектованности штатов и образования медицинских кадров и отсутствие доступной компьютерной техники для совершенствования знаний. В МУ 2 имелись все специалисты, но ИО > 0,8 был только у педиатров, а в МУ 3 ИУ и ИО приближались к показателям МУ 1.

Обеспеченность бесплатной МП за счет фонда обязательного медицинского страхования (ОМС) является основным показателем, характеризующим доступность и качество предоставляемой МП (см. табл. 2). Профили индексов услуг по ОМС в анализируемых учреждениях были аналогичными и составили: в МУ 1 – 4,74; в МУ 2 – 4,89; в МУ 3 – 4,52. В то же время объем стационарной помощи по ОМС в МУ 1 был ниже, чем в других учреждениях. В МУ 3 объем амбулаторной помощи детям и взрослым по ОМС был самым низким, а стационарной – самым высоким из 3 учреждений. Это может быть связано с отсутствием специалистов, оказывающих амбулаторную помощь, и большим числом направляемых пациентов.

Индекс общей обращаемости населения за МП в расчете на 1 человека: в МУ 1 – 1,63; в МУ 2 – 1,43; в МУ 3 – 1,83. Индекс обращаемости по поводу заболевания: в МУ 1 – 3,93; в МУ 2 – 5,59; в МУ 3 – 3,44. Индекс заболеваемости / посещаемости в МУ 3 – 0,55, следовательно, объем профилактической работы в данном учреждении был выше, чем в других.

Индексы госпитализации / обращения по поводу заболевания, выписанных / зарегистрированных пациентов, в т. ч. с БОД, в МУ 3 также были наиболее высокими по сравнению с другими учреждениями.

Среди больных, госпитализированных в стационар, доля сельских жителей и объем педиатрической

Таблица 3
ИК результатов

Индексы предоставленной МП и исходов лечения по ф. 30, 14, 14дс, 12	Индекс результатов МП		
	МУ 1	МУ 2	МУ 3
1. Индекс обращаемости на 1 человека (всего) " + "	1,63	1,43	1,83
1.1. Индекс обращаемости на 1 ребенка (всего)	1,79	1,67	2,44
1.2. Индекс обращаемости на 1 взрослого (всего)	1,57	1,36	1,62
2. Индекс обращаемости по поводу заболевания на 1 человека (всего) " + "	3,93	5,59	3,44
2.1. Индекс обращаемости по поводу заболевания на 1 ребенка	7,27	7,87	5,15
2.2. Индекс обращаемости по поводу заболевания на 1 взрослого	3,26	5,15	3,10
3. Индекс заболеваемости / посещаемости (всего) " – "	0,61	0,70	0,55
3.1. Индекс заболеваемости / посещаемости (дети)	0,56	0,60	0,41
3.2. Индекс заболеваемости / посещаемости (взрослые)	0,64	0,73	0,62
4. Индекс госпитализации / обращения по поводу заболевания (всего) " – "	0,05	0,04	0,08
4.1. Индекс госпитализации / обращения по поводу заболевания детей	0,028	0,029	0,048
4.2. Индекс госпитализации / обращения по поводу заболевания взрослых	0,065	0,041	0,091
5. Индекс выписанных / зарегистрированных больных (всего) " – "	0,11	0,13	0,16
5.1. Индекс выписанных / зарегистрированных больных детей	0,09	0,08	0,10
5.2. Индекс выписанных / зарегистрированных больных взрослых	0,12	0,16	0,18
6. Индекс выписанных / зарегистрированных пациентов с БОД " – "	0,08	0,06	0,16
6.1. Индекс выписанных / зарегистрированных детей с БОД	0,12	0,05	0,12
6.2. Индекс выписанных / зарегистрированных взрослых с БОД	0,06	0,07	0,21
7. Индекс сельских жителей среди всех госпитализированных " – "	0,40	0,10	0,05
8. Индекс педиатрической МП госпитализированным детям " – "	0,66	0,40	0,37
9. Индекс терапевтической МП госпитализированным взрослым " – "	0,29	0,12	0,08
10. Индекс госпитализации взрослых по скорой помощи " – "	0,30	0,26	0,14
11. Индекс госпитализированных по скорой помощи взрослых с БОД " – "	0,29	0,30	0,14
11.1. Индекс госпитализированных по скорой помощи взрослых с пневмонией	0,27	0,32	0,18
11.2. Индекс госпитализированных по скорой помощи взрослых с ХОБЛ	0,54	0,40	0,25
11.3. Индекс госпитализированных по скорой помощи взрослых с БА	0,42	0,27	0,19
12. Индекс госпитализированных по скорой помощи детей " – "	0,31	0,35	0,17
13. Индекс госпитализированных по скорой помощи детей с БОД " – "	0,34	0,50	0,16
13.1. Индекс госпитализированных по скорой помощи детей с пневмонией	0,00	0,37	0,09
13.2. Индекс госпитализированных по скорой помощи детей с БА	0,37	0,56	0,05
14. Индекс летальности взрослых (всего) " – "	0,032	0,029	0,009
15. Индекс летальности взрослых по причине БОД " – "	0,029	0,019	0,005
15.1. Индекс летальности взрослых по причине пневмонии	0,117	0,036	0,021
15.2. Индекс летальности взрослых по причине ХОБЛ	0,054	0,039	0,045
15.3. Индекс летальности взрослых по причине БА	0,000	0,006	0,016
16. Индекс патологоанатомические вскрытия / умершие (всего) " + "	0,26	0,49	0,63
17. Индекс расхождение диагноза / вскрытия (всего) " – "	0,152	0,118	0,116
18. Индекс ДН детей до 14 лет на конец года (наблюдение / хронические болезни) (всего) " + "	0,30	0,60	0,36
19. Индекс ДН детей до 14 лет с БОД на конец года (наблюдение / хронические болезни) " + "	0,09	0,49	1,59
19.1. Индекс ДН детей до 14 лет с пневмонией на конец года (наблюдение / болезни)	1,00	0,91	1,00
19.2. Индекс ДН детей до 14 лет с БА на конец года (наблюдение / болезни)	1,00	0,98	0,74
20. Индекс ДН детей 15–17 лет на конец года (наблюдение / хронические болезни) (всего) " + "	0,23	0,39	0,44
21. Индекс ДН детей 15–17 лет с БОД на конец года (наблюдение / хронические болезни) " + "	0,15	0,31	0,98
21.1. Индекс ДН детей 15–17 лет с пневмонией на конец года (наблюдение / болезни)	0,00	0,53	0,22
21.2. Индекс ДН детей до 15–17 лет с БА на конец года (наблюдение / болезни)	0,67	0,82	0,73
22. Индекс ДН взрослых на конец года (наблюдение / хронические болезни) (всего) " + "	0,23	0,40	0,26
23. Индекс ДН взрослых с БОД на конец года (наблюдение / хронические болезни) " + "	0,24	0,39	0,25
23.1. Индекс ДН взрослых с пневмонией на конец года (наблюдение / болезни)	0,64	0,34	0,49
23.2. Индекс ДН взрослых с хроническим бронхитом на конец года (наблюдение / болезни)	0,16	0,03	0,22
23.3. Индекс ДН взрослых с ХОБЛ на конец года (наблюдение / болезни)	0,10	0,41	0,70
23.4. Индекс ДН взрослых с БА на конец года (наблюдение / болезни)	0,99	0,80	0,98
23.5. Индекс ДН взрослых с интерстициальными болезнями легких на конец года (наблюдение / болезни)	0,07	0,68	0,00
ПИКр (1 + ... + 23)*	3,42	6,95	7,60

Примечание: БОД – болезни органов дыхания; ДН – диспансерное наблюдение; * – профиль из суммы 23 ИК результатов МП.

и терапевтической стационарной помощи были выше в МУ 1.

Уровни индексов госпитализации детей и взрослых по скорой помощи были самыми низкими в МУ 3, в МУ 1 и 2 – в 1,5–2 раза выше. В МУ 2 индекс госпитализации детей с БОД (0,5) был в 3 раза выше, чем в МУ 3. Это может указывать на снижение доступности плановой госпитализации в МУ 1 и 2. В структуре нозологий у взрослых больных, госпитализированных по причине БОД по скорой помощи в МУ 1, лидировали ХОБЛ и БА, в МУ 2 – ХОБЛ и пневмония. Эти данные косвенно указывают на больший объем профилактической помощи и плановой стационарной помощи в МУ 3 по сравнению с МУ 1 и 2.

Адекватность объема плановой стационарной помощи в МУ 3 подтверждает и самый низкий индекс летальности взрослых (0,009), в т. ч. по причине БОД (0,005) и пневмонии (0,021), хотя при ХОБЛ этот показатель в МУ 3 составил 0,045, а при БА был наибольшим (0,016). Индекс летальности по причине ХОБЛ и пневмонии был наибольшим в МУ 1.

Индекс патологоанатомических вскрытий для верификации диагноза в МУ 3 был самым высоким (0,63); в МУ 1 – 0,26; в МУ 2 – 0,49. При этом расхождения диагнозов чаще регистрировались в МУ 1 (15,2 %).

Показатель профилактической работы (индекс ДН пациентов, имеющих хронические заболевания), среди детей в возрасте до 14 лет был наибольшим в МУ 2 (0,6), а среди детей с БОД – в МУ 3 (1,59), в т. ч. подростков (всего 0,44; с БОД – 0,98). Наименьшее число детей и подростков под ДН было в МУ 1 (всего 0,30; с БОД – 0,23). В МУ 2 было охвачено ДН большее число взрослых больных (всего 0,40; с БОД – 0,39), чем в МУ 1 (всего 0,40; с БОД – 0,39) и МУ 3 (всего 0,26; с БОД – 0,25), что может быть связано с укомплектованностью штата специалистами (аллерголог и пульмонолог) в МУ 2.

Анализ профилактической работы и деятельности кабинета медицинской профилактики 3 учреждений показал, что число взрослых, обученных здоровому образу жизни, в МУ 1 составило 1 %, в МУ 2 – 30 %, в МУ 3 – 5 % обслуживаемого населения. Школы для больных БА проводились только в МУ 2 и 3, в обоих учреждениях были обучены по 11 % больных. Таким образом, работа кабинета медицинской профилактики проходила на более высоком уровне в МУ 2 и практически отсутствовала в МУ 1, что может быть связано с дефицитом необходимых медицинских кадров в этом учреждении.

В 2012 г. число больных со стойкой утратой трудоспособности составило: в МУ 1 – 5,8 %, в МУ 2 – 7,7 %, в МУ 3 – 8,0 % (среди взрослых); МУ 1 – 0,9 %, в МУ 2 – 0,6 %, в МУ 3 – 0,5 % (среди детей). В анализируемых статистических формах отчетности МУ отсутствует подробная информация о структуре заболеваний, которые стали причиной инвалидности, поэтому эти данные не были оценены.

Заключение

Анализ официальных статистических данных 3 МУ с применением разработанных ИК (критериев) позволяет сделать следующие выводы:

- Разработанные индикаторы (критерии) оценки качества и эффективности медицинской, в т. ч. пульмонологической помощи в МУ позволяют определить основные результаты их деятельности и провести сравнительный анализ.
- Укомплектованность штатов МУ и уровень образования сотрудников, наличие специалистов, в т. ч. аллерголога и пульмонолога, оказывающих первичную и стационарную специализированную МП, в значительной степени повышают ее качество.
- Обеспеченность МП за счет ОМС и наличие квалифицированных специалистов на уровне первичного звена здравоохранения позволяют снизить потребность населения в стационарной помощи.
- Госпитализация в стационар в плановом порядке больных с хроническими заболеваниями обуславливает уменьшение потребности в скорой и неотложной помощи и снижение госпитальной летальности.
- Низкий уровень ДН пациентов с БОД в учреждениях здравоохранения способствует увеличению числа случаев госпитализации в связи с неотложными состояниями.
- Недостаточный объем работы кабинетов медицинской профилактики по образованию пациентов с хроническими болезнями, а также медицинских сотрудников может влиять на увеличение числа случаев неконтролируемого течения заболевания.

Учитывая актуальность проблемы качества МП, авторы статьи приглашают читателей к обсуждению предлагаемых ИК на страницах журнала. Предложения просим направлять *Биличенко Татьяне Николаевне* по e-mail: tbilichenko@yandex.ru

Литература

1. Баранов А.А., Денисов И.Н., Чучалин А.Г. (ред.). Руководство по первичной медико-санитарной помощи с приложением на компакт-диске. АСМОК. М.: Издательская группа "ГЭОТАР-Медиа"; 2006. 1457–1490.
2. Полубенцева Е.И., Улумбекова Г.Э., Сайткулов К.И. Клинические рекомендации и индикаторы качества в системе управления качеством медицинской помощи: Метод. рекомендации. М.: Издательская группа "ГЭОТАР-Медиа"; 2006.
3. Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Федеральное медико-биологическое агентство. Приказ от 28.05.10 № 315 "Об утверждении перечня целевых показателей деятельности Федеральных бюджетных учреждений, находящихся в ведении ФМБА России". М.; 2010.

4. Карачевцева М.А. Научно-теоретическое обоснование методологии экспертизы качества медицинской помощи: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб.; 2004.
5. Методические рекомендации о порядке выбора и применения временных индикаторов качества медицинской помощи в системе здравоохранения и ОМС. Правительство Санкт-Петербурга. Комитет по здравоохранению. Распоряжение от 30.01.09 №39-р. СПб; 2009.
6. Коваленко В.Л., Кокшаров В.Н., Кактурский Л.В. и др. Материалы к разработке целевых индикаторов качества патологоанатомических исследований. Арх. пат. 2012; 74 (1): 56–59.
7. McClellan M., Geppert J., McDonald K.M. et al. AHRQ quality indicators. Guide to prevention quality indicators. Агентство по исследованиям и качеству медицинской

помощи США, 2004. Руководство по созданию и использованию индикаторов качества амбулаторно-поликлинической помощи: Пер. с англ. СПб: Санкт-Петербургский институт общественного здравоохранения; 2006.

Информация об авторах

Биличенко Татьяна Николаевна – д. м. н., зав. лабораторией клинической эпидемиологии ФГБУ "НИИ пульмонологии"; тел.: (495) 965-11-15; e-mail: tbilichenko@yandex.ru
Чучалин Александр Григорьевич – д. м. н., профессор, директор ФГБУ "НИИ пульмонологии" ФМБА России; тел. / факс: (495) 465-52-64; e-mail: chuchalin@inbox.ru

Поступила 16.09.13
© Биличенко Т.Н., Чучалин А.Г., 2013
УДК 616.24-083(470)