

## ВОПРОСЫ ОЦЕНКИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТАЦИОНАРОВ В ИНТЕРПРЕТАЦИИ ВОЗ

*Г.А. Слабкий, Г.Я. Пархоменко (Киев)*

**ДУ «Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины»**

**П**о мнению ВОЗ, измерение деятельности больниц занимает центральное место в концепции повышения качества медицинской помощи, так как это позволяет оценить результаты фактической работы стационаров и сравнить эти результаты с первоначальными целями. Основными методами измерения деятельности стационаров являются: инспектирование органами регулирования; исследование степени удовлетворенности пациентов путем проведения опросов; оценка третьей стороной, а также применение статистических показателей, большинство из которых никогда не подвергалось строгой проверке [1].

Мы проанализировали данный документ, чтобы организаторы здравоохранения Украины могли использовать его основные положения в своей деятельности, что особенно важно в ходе проведения оптимизации системы здравоохранения.

При оценке любого вида деятельности необходимо учитывать интересы разных заинтересованных сторон (пациентов, специалистов разных профилей, страховиков, регулирующих органов). К сожалению, лишь в немногих системах измерения деятельности стационаров акцентируется внимание на тех показателях работы, которые, по мнению пациентов, являются наиболее ценными с точки зрения здоровья. Суть понятия «измерение» в контексте данного документа – это объективная оценка, не предусматривающая каких-либо мнений о ценностях или качестве; суждения могут быть внесены позже людьми, которые представляют и интерпретируют данные, полученные в результате измерения.

На системном уровне важной целью реформирования здравоохранения часто является улучшение в таких областях, как постановка приоритетов в сфере здравоохранения, системное планирование, финансирование и распределение ресурсов, профессиональное признание и общее управление качеством. На национальном уровне многие страны, например, Дания [2], Соединенное Королевство [3] и Германия [4], выработали определенные схемы для оценки деятельности и ее совершенствования. На европейском уровне проанализированы и обобщены данные по улучшению ра-

боты стационаров и обеспечению качества в Европейском Союзе (ЕС) [5], странах-кандидатах для вступления в ЕС [6], а также других государствах-членах ВОЗ. В 1997 г. Совет Европы подготовил для министров здравоохранения общие рекомендации по развитию и внедрению систем повышения качества в здравоохранении [7], а в 1999 г. Европейская комиссия опубликовала информацию о передовом опыте использования эффективных и результативных методов и способов оказания медицинских услуг [8].

На глобальном уровне данные об измерении деятельности систем здравоохранения в 192 государствах-членах ВОЗ обобщены в «Докладе ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире, 2002 г.» [9], в котором определены общие принципы оценки и улучшения работы систем здравоохранения в следующих четырех областях: оказание медицинских услуг, развитие ресурсной базы, финансирование, общий надзор.

Успешность работы стационара может определяться по степени достижения поставленных целей как в клинической, так и в административной сфере [10]. Цель здравоохранения – достичь более высокого уровня здоровья, но на этом этапе необходимо отследить большое количество промежуточных показателей, как в ходе самого процесса, так и при оценке результатов. Цели могут быть связаны как с традиционными функциями стационара, например, диагностикой, лечением, уходом и реабилитацией, так и с обучением и научными исследованиями. Однако и цели, и функции стационаров в настоящее время меняются, поскольку акцент смещается от стационарного к амбулаторному лечению, к программам работы с населением и к созданию сетей медико-санитарной помощи по месту жительства [11]. Таким образом, функции больниц включают оказание медицинской помощи населению по месту жительства, поддержание санитарно-эпидемиологического благополучия населения и социальную помощь, помимо того, что они также выполняют функцию работодателей. Именно эти аспекты работы стационаров в рамках Европейского региона проанализированы в одном из исследований [12].

Измерение деятельности занимает центральное место в концепции повышения качества, так как это позволяет оценить результаты фактической работы стационаров и сравнить их с первоначальными целями или ожиданиями, что помогает находить новые подходы для повышения эффективности. Системы измерения деятельности стационаров направлены на реализацию совокупности задач и ценностей, представляющих интерес для многих заинтересованных сторон [13], в следующих областях:

- *Научные исследования.* Данные по структуре, видам деятельности и эффективности могут использоваться для изучения связи между организацией работы и результатами деятельности стационаров, а также в целях улучшения планирования и развития системы.
- *Совершенствование услуг.* Покупатели медицинских услуг и те, кто их оказывает (провайдеры), могут сравнивать выполнение работ как внутри стационара, так и с другими больницами в целях стимулирования и отслеживания динамики с использованием количественных показателей.
- *Выбор специалиста лечащим врачом и пациентом.* При выборе провайдера специализированной услуги пациенты и лечащие врачи могут руководствоваться информацией, касающейся времени ожидания, исходов лечения и опыта пациентов.
- *Управление ресурсами:* Для принятия решений о наиболее рациональном использовании ресурсов покупатели и менеджеры провайдеров услуг должны владеть информацией о деятельности стационаров, включая данные об объемах работ и затратах.
- *Ответственность.* Государственные деятели и общественность все настойчивее требуют соблюдения принципов открытости, подотчетности медицинской деятельности и защищенности.

Для того чтобы стационары подавали своевременно точные и полные данные, используемые для внешних программ оценки, им необходима мотивация. Когда такие программы воспринимаются, как ценные для организации (например, относительно мотивации персонала, сплочения коллектива; клинического и профессионального развития или управления рисками), больницам требуется меньше финансовых или рыночных стимулов для участия в них. И наоборот, ни отдельные лица, ни больницы не хотят подавать информацию, которая может привести к общественным обвинениям, судебной тяжбе и потере персонала, авторитета и места работы. Многие системы оценки приобретают черты общей культуры, основанной на принципах открытости, профессионализма и подотчетности, что способствует развитию духа сотрудничества.

ВОЗ указывает, что до настоящего времени не проводилась тщательная оценка методов, используемых для измерения деятельности и повышения качества ра-

боты стационаров ни в пределах страны, ни в сравнительных исследованиях между странами. Во многом это происходит потому, что такие методы применяются в сложных комбинациях, из которых не просто выделить отдельные компоненты и дать им индивидуальную оценку. Источником фактических данных, свидетельствующих об их относительной эффективности, служат, главным образом, описательные исследования или отчеты экспертов и авторитетное мнение. Существует пять разных типов измерения работы стационаров:

- инспектирование органами регулирования;
- опросы потребителей;
- оценки третьей стороной (независимая внешняя оценка);
- статистические показатели;
- внутренние оценки.

### Инспектирование органами регулирования

В большинстве стран функционируют установленные законодательством инспектирующие органы, которые контролируют работу стационаров на предмет соответствия их деятельности положениям, указанным в опубликованных нормативных документах по лицензированию. В рамках специализированных функций предполагается проверка мер противопожарной безопасности, соблюдения гигиенических норм, уровня радиации, наличия и качества медицинского оборудования и лекарственных средств. Некоторые страны включают сюда такие аспекты, как инфекционный контроль и переливание крови. Стандарты, соблюдение которых проверяется при инспектировании, имеют правовую основу и не содержатся в тайне, но по этой же причине весьма не просто поддаются обновлению. Стандарты отражают нормативно установленные минимальные требования к медицинскому учреждению в отношении оказания медицинских услуг пациентам; обычно они не касаются самого процесса лечения и результатов деятельности стационаров. Инспектирование с целью выдачи лицензии часто наблюдается только в новых стационарах, особенно тех, которые относятся к частному сектору. Там, где требуется повторное лицензирование, сертификаты могут быть выданы после внесения оплаты при минимальной проверке или даже без нее. Когда оценка проводится на местном уровне правительственными структурами или назначенными ответственными лицами, то трудно ожидать преемственности или сведения воедино отчетов, а в случае большой централизации этого процесса персонал больниц и пациенты зачастую не знают о результатах проведенной оценки.

Некоторые правительственные организации, например, Объединенная Комиссия в США, определяют стандарты на право получения лицензий стационарами,

но выдают их на основе независимых оценок, проводимых в рамках программ аккредитации, деятельность которых контролируется на предмет соблюдения установленных правил и положений о проведении оценки. В Соединенном Королевстве Комиссия по вопросам укрепления здоровья была создана для проверки механизмов «управления клиническим процессом» в государственных стационарах Англии и Уэльса. Комиссия не устанавливала стандартов для проведения стационарами самооценки и не сотрудничала с независимыми и частными организациями. Отчеты Комиссии содержат подробную информацию и доступны общественности.

Инспектирование стационаров способствует соблюдению стандартов и позволяет определить, выполняют ли медицинские учреждения минимальные требования безопасности. Оно не способствует внедрению новых технологий или информированию потребителей либо лиц, оказывающих медицинские услуги.

### **Опросы потребителей медицинских услуг**

Стандартизированные опросы пациентов и их родственников позволяют получить достоверные данные о работе стационаров и сравнить их с четко определенными национальными стандартами. Работа стационаров все более сосредотачивается на медико-санитарном просвещении, предоставлении больших возможностей для реализации пациентами своих прав, обеспечении большего удобства для них, налаживании механизмов учета и рассмотрения жалоб, а также на обеспечении преемственности в процессе оказания помощи. Некоторые правительственные и межправительственные организации стремятся к тому, чтобы пациенты лучше знали свои права, и с целью повышения порой их невысокого уровня ожиданий публикуют информацию о правах пациентов и разрабатывают законы, защищающие их права. Таким образом, опросы населения, которые проводились для оценки медико-санитарной помощи и результатов лечения на основе мнения самих пациентов и их родственников, являются очень важными. Некоторые страны (включая Францию и Соединенное Королевство) и большинство программ аккредитации требуют от медицинских учреждений систематического проведения опросов, касающихся восприятия пациентами их деятельности. Характер опросов может широко варьироваться: от местных опросов, проводимых с «карандашом и бумагой», вне стен медицинского учреждения, до опросов с использованием стратифицированной выборки, проводящихся в масштабе страны. Национальные опросы часто проводятся по контрактам независимыми организациями, которые пользуются надежным инструментарием для получения достоверных данных. На основе опубликованных результатов можно получить представление о работе отдельных больниц.

Преимущества этого метода состоят в том, что он выявляет особо ценные для пациентов и в целом для населения стороны в работе больниц, а стандартизированные опросы легко приспособить для оценки конкретных сфер опыта пребывания пациентов в стационаре и степени удовлетворенности населения медико-санитарной помощью. Однако традиционные опросы по выяснению степени удовлетворенности пациентов методологически слабые и касаются вопросов, актуальных скорее для клиницистов и руководства больницы, нежели для пациентов. Обзор 195 опубликованных исследований позволяет утверждать, что результаты лишь немногих опросов пациентов являются надежными и достоверными [14]. К тому же власти не стремятся публиковать неблагоприятные выводы по государственным больницам [15].

Многие пациенты имеют заниженный уровень ожиданий и слишком легко готовы признать свое лечение удовлетворительным. Систематические опросы пациентов об их пребывании в стационаре с использованием количественных методов оценки являются более тонким показателем того, предоставляется ли им возможность реализовать свои права. Исследователи Гарвардской медицинской школы разработали и протестировали стандартизированный метод, позволяющий выявить проблемы, которые беспокоят пациентов в связи с получаемыми ими медицинскими услугами. Первоначально этот метод использовался в США на национальном уровне при интервьюировании стационарных больных и их родственников по телефону [16]. А затем в качестве так называемого вопросника Пикера стал применяться в Австралии, Канаде [17] и разных европейских странах [18–20]. Выявлена корреляция между высокими балами, полученными в результате анкетирования по вопроснику Пикера, и значительным снижением количества осложнений и случаев скоропостижной смерти в больницах Мичигана [21], а низкие баллы связаны с худшим состоянием здоровья у пациентов с острым инфарктом миокарда в Нью-Хэмпшире [22].

Во всех больницах Англии ежегодно проводятся местные обследования с набором стандартных вопросов с целью общенационального мониторинга деятельности медицинских учреждений. Результаты передаются в Департамент здравоохранения для применения в Национальной программе оценки деятельности национального здравоохранения. Обобщенные выводы освещаются в Интернете [23], и учреждения, продемонстрировавшие явную ориентированность на пациентов, получают финансовое поощрение [24].

### **Оценка деятельности больниц третьей стороной**

В научно-исследовательском проекте, финансируемом ЕС [25], определены систематические подходы,

сочетающие национальные или международные стандарты с практическими методами работы частных или государственных больниц на местах. Проведены сравнительные исследования этих подходов (стандарты и методы, используемые в программах, ориентированных на промышленность (ISO, Baldrige), и программах, ориентированных на медико-санитарную помощь – коллегиальная оценка и аккредитация) [26; 27]. Программы, которые являются добровольными и независимыми, используют четкие стандарты для сочетания внутренней самооценки с внешними отзывами о результате посещения, опросами, оценками и аудитами [28]. Так, в процитированном выше обзоре 195 проведенных исследований [14] отмечается: «Учитывая количество времени и денег, затрачиваемых на организационную оценку, и значимость проблемы для правительств, вызывает удивление отсутствие исследований вопроса эффективности затрат на проведение этих оценок».

Сертификационная оценка больниц Международной организацией по стандартизации (МОС) [29] позволяет определить скорее соответствие их деятельности международным стандартам, разработанным для систем качества, нежели выполнение больницами своих функций и задач. Детали этих оценок не доступны для общественности. МОС разработала ряд стандартов (ISO 9000) изначально для медицинской промышленности (производство лекарственных средств, медицинского оборудования), которые использовались для оценки систем качества в определенных аспектах работы медицинских служб в больницах и клиниках. Оценка работы больниц (а чаще их отдельных подразделений) проводится независимыми аудиторами, деятельность которых, в свою очередь, регулируется национальной организацией «по аккредитации». Теоретически преимущество заключается в том, что сертификат МОС всемирно признан и во многих других сферах услуг и производственных областях, но стандарты ISO 9000 больше имеют отношение к административным процедурам, чем к функциям стационаров. Кроме того, терминология, используемая в стандартах, с трудом применима в сфере оказания медицинской помощи и интерпретируется учреждениями по-разному [30]. Процесс аудита направлен на проверку соответствия стандартам и не предназначен для организационного развития. Немногие стационары в целом сертифицированы МОС, и не во многих странах существует национальный регистр таких больниц.

Стандарты ISO 9000 в 2000 г. были адаптированы для применения в сфере здравоохранения и введения в них оценки результатов лечения и степени удовлетворенности потребителей медицинскими услугами. В США появились инициативы (исходящие от ведущих моторостроительных компаний, оплачивающих медицинские услуги своим служащим), принятые в Ев-

ропе, по адаптации стандартов качества для области оказания медицинских услуг. Документ ISO 15189, в который вошли положения о клинических заключениях, процессе и результатах лечения, является международным стандартом для медицинских лабораторий.

### **Коллегиальная оценка деятельности стационаров**

Отзывы коллег – это закрытая информация, которая служит для профессиональной самооценки и развития. Взаимные посещения организуются профессиональными (зачастую узкопрофильными) организациями и имеют давнюю традицию представления коллегиальных отзывов, особенно в целях признания профессиональной пригодности преподавательского состава. Такая оценка одобрена врачами-специалистами как средство, способствующее саморегулированию и улучшению профессиональной деятельности. На этом, в числе прочего, базируется обучение студентов, специализация и дальнейшее постоянное повышение квалификации медицинских специалистов. Взаимные посещения практикуются также в целях развития услуг, например, в программе клинических дисциплин в Нидерландах [31]. Отзывы коллег могут быть источником формирования стандартов и оценок, которые позволяют согласовать управление профессиональными и человеческими ресурсами как внутри, так и между странами, с взаимным признанием документов об образовании.

### **Аккредитация учреждений здравоохранения – принятый в Украине метод оценки стационаров**

Программы аккредитации направлены на определение соответствия деятельности стационаров опубликованным стандартам как организационных, так и клинических процессов и результатов. Эти программы в основном независимы, нацелены на организационное развитие в большей степени, нежели на регулирование, но могут давать достоверные сведения для национальных систем измерения деятельности медицинских учреждений. Эти независимые программы, первоначально акцентирующие внимание на обучении, теперь включают проведение многодисциплинарной оценки различных функций системы оказания медицинской помощи, организаций и сетей здравоохранения. Их стандарты оценки разработаны специально для сферы оказания медико-санитарной помощи. Хотя стандарты аккредитации являются надежными, а названия аккредитированных учреждений обычно публикуются на персональных веб-сайтах, многие больницы отказываются от участия в добровольных программах, а критерии и процессы оценки меняются

от программы к программе. Подробные результаты обследований не доступны общественности, за исключением результатов обследований, проводимых правительственными программами. Оценки работы стационаров включают внутреннюю самооценку, внешнее обследование, проводимое multidisciplinary командами специалистов здравоохранения, и бенчмаркинг по ограниченному числу статистических показателей. В результате проведенного глобального исследования выявлено 36 общенациональных программ аккредитации. Обзор, проведенный в Европейском регионе ВОЗ в 2002 г. [32], выявил 17 таких программ, занимающихся оценкой всего стационара в целом. За последнее время обязательные программы приняты во Франции [33], Италии [34] и Шотландии [35].

По национальным программам стран Европейского региона достигнута принципиальная договоренность о добровольной унификации стандартов и процессов оценки на основе принципов программы аккредитации «Alpha» Международного общества за качество медицинской помощи (ISQua) [36]. Программа аккредитации «Alpha» направлена на то, чтобы сделать системы оценки, основанные на стандартах, более надежными, обоснованными и совместимыми в пределах стран и между странами [37]. Большинство учрежденных программ подвергнуты внутреннему [38; 39] или внешнему анализу [40; 41], но лишь в немногих случаях использовались сравнимые методы анализа, позволяющие делать обобщения. Существует большой объем данных о том, что в месяцы, предшествующие проведению внешней оценки, в стационарах быстро повышается уровень соблюдения опубликованных стандартов и совершенствуются организационные процессы [42,<sup>1</sup>]. С другой стороны, имеется значительно меньше доказательств, что такая оценка позволяет улучшить клинический процесс или конечные результаты с точки зрения здоровья пациентов [42,<sup>2</sup>]. Данные отчетов по результатам обследования в рамках программ аккредитации значительно более информативные, чем минимальные наборы данных, направляемые в плановом порядке стационарами по официальным запросам. Информацию, получаемую при таком обследовании, можно было бы использовать для составления достаточно подробной характеристики провайдеров медицинских услуг, но большинство программ аккредитации не в полной мере используют эту возможность. Препятствующими факторами являются следующие: право собственности институциональных потребителей на исходные данные, а также расходы на развитие и содержание аналитической базы данных без гарантированного рынка для ее продуктов.

## Статистические показатели для оценки деятельности стационаров

Исследование на основе статистических показателей может определить проблемы, которые существуют в управлении деятельностью, повышении качества работы стационаров. Эти показатели дают информацию скорее относительного, чем абсолютного свойства; интерпретировать их следует с осторожностью. Показатели являются инструментом для оценки работы больниц – внутренней или внешней. Они должны быть направлены на измерение достижения поставленных целей, но на практике их часто выбирают исходя из тех данных, которые обычно имеются в распоряжении. Стандартизация показателей крайне важна при проведении оценок в рамках одной больницы, а при сравнительной оценке деятельности больниц имеет решающее значение.

Эти измерения количественных и других параметров деятельности больниц могут представляться в виде расчетных показателей или исходных данных, которые передаются центральному ведомству для обработки и анализа. Результаты, сопровождаемые рекомендациями по их интерпретации, обычно распространяются через правительственные публикации, веб-сайты или независимые средства массовой информации, ориентированные на потребителей. Статистические показатели представляют собой доступное, достаточно экономичное, потенциально стандартное и не нарушающее работы больниц средство оценки деятельности. Однако к их использованию следует относиться с осторожностью: интерпретация «исходных» данных по деятельности стационара даже после их корректировки на такие параметры, как профиль и тяжесть патологий у получающих лечение больных, зависит от множества социальных и экономических переменных, неподконтрольных больнице. Кроме того, стационары могут модифицировать процедуру внутреннего сбора данных в целях «достижения» внешних задач или отказываться от вмешательств в отношении пациентов, которые относятся к группе высокого риска, для улучшения показателей. При проведении комбинированных измерений параметров разнородной деятельности упускается из виду вклад отдельных элементов [43]. Многие больницы попросту не располагают необходимыми данными по стандартным показателям; а затраты, связанные с их сбором, могут превышать их ценность. Кроме того, многие люди часто недооценивают то количество времени и финансовых средств, которые требуются для разработки и проверки показателей. В исследовании, проведенном Sitzia [14], сделан вывод о том, что использование статистических показателей для госу-

<sup>1</sup> Timmons K. The impact of Joint Commission Accreditation on health care delivery. Обзор не опубликован.

<sup>2</sup> Anon. Assessing the cost and effectiveness of hospital accreditation in two developing countries. Research report to WHO (South Africa, Zambia). Не опубликован. Август 2001 г.

дарственного контроля качества медицинской помощи и идентификации плохих поставщиков медицинских услуг не пользуется доверием среди медиков, которые считают их недостоверными и необоснованными.

В рамках научно-исследовательского проекта Европейского справочно-информационного центра по результатам медицинской помощи (ЕСННО) [44] были сведены в единый регистр национальные инициативы по оценке результатов медицинской помощи и текущие проекты по оценке результатов конкретных клинических вмешательств. В другом научно-исследовательском проекте ЕС изучалась возможность исследования проблемы надлежащего использования стационаров [45]. В 2003 г. рабочая группа Европейского регионального бюро ВОЗ [46] приступила к определению показателей работы с целью добровольного проведения стационарами самооценки, а также внешнего бенчмаркинга показателей по шести критериям: клиническая результативность, ориентированность на пациента, эффективность деятельности, безопасность, развитие кадров и руководство с учетом нужд потребителей. Группа рассмотрела имеющуюся исходную информацию по международным, национальным и региональным или областным системам, использующим стандартизированные данные для оценки некоторых направлений работы стационаров в целях информирования общественности, отчетности, аккредитации и внутреннего пользования [47].

Согласно исследованию по использованию клинических показателей, проведенному Thompson [48], «большая часть имеющихся фактических данных по эффективности использования показателей деятельности базируется на данных наблюдений или экспериментов, в то время как при разработке политики в этой области слишком много внимания, по-видимому, уделяется достаточно догматическим принципам». В целом об использовании статистических показателей можно сказать следующее:

- В Республике Чехия показатели на основе данных, собираемых в плановом порядке, продемонстрировали, что после выпуска основных принципов по стандартизации ведения распространенных состояний средняя длительность госпитализации и затраты на лечение были снижены без ущерба для клинических результатов.
- Появляется все больше независимых докладов, посвященных полезности некоторых схем проведения оценки с использованием статистических показателей [49].
- Исследование, проведенное в США и Европе, продемонстрировало наличие широкого диапазона ценностей, имеющих значение для пациентов, а также существование значительных различий в использовании ими информации для реализации своих прав [50].

- Опубликованные результаты должны скорее показывать существование значительных различий, чем предоставлять информацию в строго ранжированном виде.

### Выводы ВОЗ относительно методов оценки деятельности больниц

1. Системы оценки работы стационаров должны входить в публикуемый национальный или региональный план по управлению качеством и деятельностью с разъяснением роли ценностей и ожиданий всех заинтересованных сторон.
2. Правительствам следует использовать опыт существующих подходов и программ, способствовать согласованию стандартов, оценок, стимулов и информации, ориентированной на общественность, а также активизировать сотрудничество между государственным и частным секторами.
3. Необходимо четко обозначить и согласовать с заинтересованными сторонами основные ценности, референсные стандарты и задачи систем измерения деятельности стационаров.
4. Система должна полагаться не на какие-то отдельные источники данных, а на широкий диапазон информационных ресурсов.
5. Все подходы к измерению параметров деятельности стационаров имеют проблемы поведенческого и технического характера при общем недостатке надежных данных для определения их действительных составляющих.
6. Системы измерения деятельности стационаров должны разрабатываться таким образом, чтобы соответствовать целям управления деятельностью и ее совершенствования, а не целям проведения необоснованных сравнений и ранжирования.
7. На основании международного опыта можно выделить соответствующие принципы:
  - Неудачи в деятельности чаще являются результатом несовершенства систем и процессов, а не следствием недостаточной компетентности или знаний отдельных лиц.
  - Оценка деятельности требует надежных методов измерения показателей и сравнения их с обоснованными стандартами.
  - Надежность показателей в основном определяется точностью, полнотой и своевременностью собранных на уровне стационаров данных по пациентам.
  - Достоверное сравнение деятельности между учреждениями возможно лишь при наличии жесткой стандартизации критериев и методов оценки, особенно в случае их использования для сравнения между странами.

## Список литературы

1. *Shaw C.* Как проводить оценку и мониторинг эффективности работы стационаров?: доклад Сети фактических данных по вопросам здоровья. – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 2003 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.euro.who.int/document/e82975R.pdf>. – Название с экрана.
2. *National Board of Health.* National strategy for quality improvement in health care. – Copenhagen, 2002 [Electronic resource]. – Access mode: <http://www.sst.dk>. – Title from screen.
3. *A First Class Service: quality in the new NHS,* London [Electronic resource]. – Access mode: <http://www.doh.gov.uk/newnhs/quality.htm>. – Title from screen.
4. *National recommendations on quality management in health care,* 1998 [Electronic resource]. – Access mode: <http://www.aezq.de/gmk3010.pdf>. – Title from screen.
5. *Federal Ministry of Labour, Health and Social Affairs.* Quality in health care: opportunities and limits of cooperation at EU-level. – Vienna, 1998 [Electronic resource]. – Access mode: <http://www.bmags.gv.at>. – Title from screen.
6. *Federal Ministry of Social Security and Generations.* Quality policy in the health care systems of the EU accession candidates. – Vienna: Federal Ministry, 2001 [Electronic resource]. – Access mode: <http://www.gesundheit.bmsg.gv.at>. – Title from screen.
7. *Council of Europe,* Recommendation No. R(97) 17 of the Committee of Ministers to member States on the development and implementation of quality improvement systems in healthcare. – Strasbourg, 1997 [Electronic resource]. – Access mode: <http://www.cm.coe.int/ta/rec/1997/97r17.html>. – Title from screen.
8. *Directorate-General for Employment, Industrial Relations.* Best practice: state of the art and perspectives in the EU for improving the effectiveness and efficiency of European health systems. – Luxembourg: Office for Official Publications, 1999.
9. *The World Health Report 2000,* Health Systems: improving performance. – Geneva: WHO, 2000.
10. *A review of the determinants of hospital performance.* – Geneva: WHO Hospital Advisory Group, 1994.
11. *The role and function of hospitals / M. McKee [et al.]; Hospitals in a Changing Europe.* – Buckingham: Open University Press, 2002.
12. *Onyebuchi A.* Updating the Key Dimensions of Hospital Performance: The Move Towards a Theoretical Framework / A. Onyebuchi, T. C. Arah, N. S. Klazinga // Third Workshop on Hospital Performance Measurement, Barcelona, 13–14 June 2003.
13. *Ovretveit J.* Quality Evaluation and Indicator Comparison in Health Care / J. Ovretveit // International journal of health planning and management. – 2001. – Vol. 16 (3). – P. 229–241.
14. *Sitzia J.* How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies / J. Sitzia // International journal of quality in health care. – 1999. – Vol. 11. – P. 319–328.
15. *Coulter A.* The autonomous patient: ending paternalism in medical care / A. Coulter. – London: Nuffield Trust, 2002.
16. *Patients evaluate their hospital care: a national survey / P. D. Cleary [et al.] // Health Affairs.* – 1991. – Vol. 10. – P. 254–267.
17. *How was your hospital stay? Patients' reports about their care in Canadian hospitals / C. Charles [et al.] // Journal of the Canadian Medical Association.* – 1994. – Vol. 150. – P. 1813–1822.
18. *National survey of hospital patients / S. Bruster [et al.] // BMJ.* – 1994. – Vol. 309. – P. 1542–1546.
19. *Quality of health care: patient satisfaction and patient reports in Hungarian hospitals / L. Gulacsi [et al.] // Hungarian health care in transition.* – University of Amsterdam Press, 2001.
20. *Coulter A.* Patients' experience with health care in five countries / A. Coulter, P. D. Cleary // Health affairs. – 2001. – Vol. 20. – P. 244–252.
21. *Bechel D. L.* Does patient-centered care pay off? / D. L. Bechel, W. A. Myers, D. G. Smith // Joint Commission journal on quality improvement. – 2000. – Vol. 26. – P. 400–409.
22. *Patient-centered processes of care and long-term outcomes of myocardial infarction / A. M. Fremont [et al.] // Journal of general internal medicine.* – 2001. – Vol. 16. – P. 800–808.
23. *National Health Service patients' survey* [Electronic resource]. – Access mode: <http://www.doh.gov.uk>. – Title from screen.
24. *The NHS Plan: a plan for investment, a plan for reform / Secretary of State for Health.* – London: Stationery Office, 2000.
25. *Shaw C. D.* External quality mechanisms for health care: summary of the ExPeRT project on visitation, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries / C. D. Shaw // International journal for quality in health care. – 2000. – Vol. 12. – P. 169–175.
26. *Klazinga N.* Re-engineering trust: adoption and adaptation of four external quality assurance models in western European health care systems / N. Klazinga // International journal for quality in health care. – 2000. – Vol. 12. – P. 183–189.

27. *Bohigas L* Methods for external evaluation of health care institutions / L. Bohigas, C. Heaton // International journal for quality in health care. – 2000. – Vol. 3. – P. 231–238.
28. *Shaw C.* External assessment of health care / C. Shaw // BMJ. – 2001. – Vol. 322. – P. 851–854.
29. *International Organization for Standardization* [Electronic resource]. – Access mode: <http://www.iso.ch>. – Title from screen.
30. *Sweeney J.* Interpretations and variations of ISO 9000 in acute health care / J. Sweeney, C. Heaton // International journal for quality in health care. – 2000. – Vol. 12. – P. 203–209.
31. *Klazinga N. K.* Quality management in the medical specialties: the use of channels and dikes in improving health care in the Netherlands / N. K. Klazinga, K. Lombarts, J. van Everdingen // International quality review (Quality review bulletin). – 1998. – May. – P. 240–250.
32. *International Society for Quality in Healthcare.* Global review of initiatives to improve quality in health care. – Geneva: WHO, 2003.
33. *Decret en Conseil d'Etat no. 97–311 du 7 Avril.* Paris Journal Officiel (82)-8, 1997 [Electronic resource] – Access mode: <http://www.anaes.fr/ANAES/anaesparametrage.nsf>. – Title from screen.
34. *Decree of 14 January 1997.* Rome // *Gazetta Ufficiale della Repubblica Italiana.* – 1997. – February.
35. *Steele D. R.* Promoting Public Confidence in the NHS: The role of the Clinical Standards Board for Scotland / D. R. Steele // Health bulletin. – 2000. – January [Electronic resource]. – Access mode: <http://www.scotland.gov.uk/library2/doc09/hbj0-05.asp>. – Title from screen.
36. *ALPHA program.* Principles and standards for accreditation programs. – Melbourne: International Society for Quality in Health Care, 2000 [Electronic resource]. – Access mode: <http://www.isqua.org.au>. – Title from screen.
37. *Heidemann E. G.* Moving to global standards for accreditation processes: the ExPeRT project in a larger context / E. G. Heidemann // International journal for quality in health care. – 2000. – Vol. 12. – P. 227–230.
38. *Developing the review process: an internal evaluation report.* – Edinburgh: Clinical Standards Board for Scotland, 2002.
39. *Shaw C. D.* Health service accreditation: report of a pilot programme for community hospitals / C. D. Shaw, C. D. Collins // BMJ. – 1995. – Vol. 310 (6982). – P. 781–784.
40. *Setting up a national hospital accreditation program: the Zambian experience* / N. Bukonda [et al.]. – Bethesda: Quality Assurance Project, 2000.
41. *Evaluation of the Health Services Accreditation Scheme* / V. Williamson [et al.] Brighton: University of Brighton Health and Social Policy Research Centre, 1998.
42. *Piskorz K.* Impact of accreditation on nursing care / K. Piskorz; Proceedings of the Polish National Committee on Quality Assurance Conference. – Olsztyn, 2002. – P. 83–89.
43. *Sierpinska L.* Influence of accreditation on the teamwork of medical staff as a direction for improving patient care / L. Sierpinska, A. Ksykiewicz-Dorota; Proceedings of the Polish National Committee on Quality Assurance Conference. – Lublin, 2002. – P. 90–95.
44. *McKee M.* Measuring performance in the NHS / M. McKee, T. Sheldon // British Medical Journal. – 1998. – Vol. 316. – P. 322.
45. *European Clearing Houses on Health Care Outcomes* [Electronic resource]. – Access mode: <http://www.leeds.ac.uk/nuffield/infoservices/ECHHO/home.html>. – Title from screen.
46. *A European project assessing the appropriateness of hospital utilization: background, objectives and preliminary results* / Liberati A. [et al.] // International Journal for Quality in Health Care. – 1995. – Vol. 7. – P. 187–199.
47. *Measuring hospital performance to improve the quality of care in Europe: A need for clarifying concepts and defining the main dimensions.* Report on a WHO Workshop in Barcelona, Spain, 10–11 January 2003. – Copenhagen: WHO, 2003.
48. *Guisset A. L.* Background information on evaluation systems / A. L. Guisset, C. Sicotte, F. Champagne // Second Workshop on Hospital Performance Measurement Barcelona, Spain, 21–22 March 2003. – Copenhagen: WHO, 2003.
49. *Thomson R.* Clinical indicators: do we know what we are doing? / R. Thomson // Quality in Health Care. – 1998. – Vol. 7. – P. 122.
50. *Thompson R.* Maryland hospital quality indicator project in the UK / R. Thompson, H. McElroy, V. Kazandjian // Quality in Health Care. – 1997. – Vol. 6. – P. 49–55.