

ЭКОНОМИКА И МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

УДК 614.2:364.444

Н.С. Григорьева

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ПОСТРОЕНИЕ РЕЙТИНГОВ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ: ОПЫТ ПРОГРАММЫ MEDICARE В США¹**ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова», Москва, Россия**

В настоящее время в сфере здравоохранения в Российской Федерации проходит начальный этап формирования рейтингов для оценки качества работы медицинских организаций. Рейтинги ведутся практически во всех регионах Российской Федерации. Вопрос состоит в том, насколько они отражают объективную картину качества медицинских услуг.

В статье рассмотрены основные параметры оценки качества медицинской помощи при составлении рейтингов медицинских организаций на примере государственной программы Medicare (США), имеющий многолетний опыт в такого рода работе.

Ключевые слова: управление качеством медицинской помощи, традиционная модель (триада Донабедиана), модель обеспечения непрерывного улучшения качества, методы оценки обеспечения качества, рейтинг медицинских организаций

ASSESSING THE QUALITY OF MEDICAL CARE AND DEVELOPING THE RATINGS OF HEALTH SERVICES: EXPERIENCE OF USING MEDICARE PROGRAM IN THE USA

N.S. Grigorieva

Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia

To provide patient's security is the main goal in some spheres of health care, that is why methods of statistical monitoring were developed to detect abnormalities in the course of medical work quickly and confidentially. This includes, for example, excessive intervention even without further damage to a patient's safety. Therefore, it is very important to determine whether the risk to a patient's life exists or how abnormal the situation is.

At the present moment health care in Russia has already passed the initial stage of formation of ratings to assess the quality of medical care services. Almost all regions of the Russian Federation have their own ratings. The question is how objectively they reflect the quality of medical services.

The article presents main features to assess the quality of health care to rate medical organizations on the example of state program Medicare (USA) in order to compare them with the ones used in Russian ratings.

Key words: ranking of healthcare organizations, quality management of medical care, clinical quality indicators, the traditional model (Donabedian triad), model for continuous quality improvement, quality assurance assessment methods

Разработка стратегии обеспечения качества для программы Medicare потребовала от её организаторов выбора чёткой концептуальной основы и определения программных целей. В качестве концептуальной основы были определены прежде всего традиционная модель «структура – процесс – результат», известная как модель Донабедиана [13, 14, 15, 16], и модель непрерывного улучшения качества [9, 10, 11]. Обе эти модели достаточно подробно описаны в отечественной научной литературе [1, 2, 4, 6, 7], в том числе в публикациях «Бюллетеня ВСНЦ СО РАМН» [3, 5]. Важным является применение моделей оценки качества на практике в соответствии с теми целями, которые выдвигаются при реализа-

ции конкретных программ. В качестве конкретного примера рассмотрим то, как указанные модели включены в стратегии обеспечения качества в государственной программе Medicare (США). Данная программа выбрана не случайно – американское правительство уделяет значительное внимание рейтингам медицинских организаций, рассматривая их как достаточно эффективный информационно-маркетинговый инструмент управления качеством медицинской помощи [19]. Поэтому представляется целесообразным рассмотреть рейтинги показателей, используемых для оценки качества работы в стационарах, включённых в данную программу. Рейтинги больниц 2011–2013 гг. основаны на параметрах, ко-

¹ Medicare – национальная программа социального страхования, предоставляющая страховку гражданам США старше 65 лет, которые работали и вносили соответствующие взносы. Она также обеспечивает медицинское страхование молодым людям с определёнными заболеваниями. Программа существует с 1966 года и покрывается расходами федерального правительства США. В 2011 году почти половина расходов на стационарное лечение больных (47,2 %) были покрыты из программы Medicare [18, 19]. Однако это не означает, что все расходы пациента покрываются из средств программы. Они оплачивают часть услуг, и величина их участия в платежах зависит объёма этих услуг. В 2014 году 15,6 % американцев были охвачены программой Medicare. Ожидается, что к 2050 году их число увеличится до 95,8 млн человек [15].

торые позволяют наглядно оценить качество ухода за пациентами с позиции государства.

В статье также представлены и рейтинги стационаров с точки зрения оценки их деятельности пациентами.

РЕЙТИНГ БОЛЬНИЦ

Рейтинги больниц согласно оценкам пациентов (Consumer Reports Hospital Ratings) основаны на учёте следующих основных параметров: *результаты лечения пациентов* (предотвращение инфекций, повторных госпитализаций, осложнений и неблагоприятных событий у хирургических больных); *мнение самих пациентов* (включая то, насколько ясной и понятной для пациентов была информация при выписке из больницы, назначениях и рекомендациях врача, а также были ли понятны разъяснения относительно принимаемых препаратов и др.); *больничные практики* (надлежащее использование сканирования, а также электронной карты здоровья). Впоследствии эти методики построения рейтингов могут быть объединены, с тем чтобы создать общий **рейтинг безопасности**.

Исходные данные собираются из Центров Medicare и Medicaid Services (CMS), государственных департаментов здравоохранения, а также Американской ассоциации больниц (АНА). Рейтинги постоянно корректируются как путём обновления той информации, которая в них уже содержится, так и путём добавления показателей качества больничной помощи, как только они становятся доступны [21].

С внедрением новых параметров оценки качества необходимо заручиться поддержкой **внешних экспертов** для получения отзывов о новой методологии измерения, чтобы их можно было включить в Рейтинги. Это один из важнейших элементов системы рейтингования. Рейтинги используют шкалу от 1 до 5 (по возрастающей). Для оценки безопасности используется более точный масштаб – от 0,5 до 5,5.

В отличие от большинства рейтингов, данные больниц собираются ими самостоятельно, и это выглядит так, как будто сбор и анализ этих данных никем не контролируется. Но это не так, поскольку тщательно контролируются методы сбора данных, а каждая больница регулярно проходит валидацию и проверку. Таким образом используются только те данные, высочайшее качество которых обеспечивает важную и полезную информацию для потребителя [18, 22].

Рейтинги больниц основаны на тех параметрах, которые позволяют с точки зрения государства наиболее наглядно оценить качество ухода за пациентами. Несмотря на то, что есть много других измерений качества больничной помощи, для государства важно, чтобы были соблюдены его параметры. Рассмотрим подробнее основные измерения, используемые в программе Medicare.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ

Пути снижения внутрибольничной и хирургической инфекции

Часть больниц представляет отчеты по инфекциям в Medicare и Medicaid (CMS), агентства Феде-

рального правительства. Большинство больниц сообщает данные по центральной объединённой линии инфекций крови (CLABSIs) Центра по контролю и профилактике заболеваний (CDC); эти данные затем также публикуются на CMSs веб-сайте больницы.

Начиная с 2011 года оплата оказанных в больнице услуг (повышенный платёж) в рамках Medicare напрямую зависит от своевременности предоставления отчётов по внутрибольничным инфекциям (HAIs), и если больницы в рамках Стационарной перспективной платёжной (CMS) системы не предоставляют информацию по инфекциям, они теряют этот платёж. Схема оплаты используется в качестве стимула, который заставляет практически все больницы своевременно сообщать о внутрибольничных инфекциях. Кроме того, более половины штатов в настоящее время имеют законы, требующие от больниц публикации этих данных.

Больницы, которые сообщают данные об инфекциях в системе CMS, обязаны делать это ежеквартально для каждого блока интенсивной терапии (ICU) в больнице, для всех пациентов ICU, а не только для пациентов Medicare. Данные четырёх кварталов суммируются с задержкой около 10 месяцев (так, например, данные CLABSI, сообщённые в CMS в октябре 2012 года отражают 12-месячный период, закончившийся в декабре 2011 года).

Данные по хирургическим инфекциям

Каждый штат, который публично отчитывается по хирургическим инфекциям, предоставляет следующие данные: общее количество хирургических процедур, проводимых больницей за определённый период (отчётность предоставляется чаще всего раз в год, реже – ежеквартально), и общее число операций, осложнённых послеоперационной инфекцией. Инфекция считается хирургической, если происходит в течение 30 дней после операции или в течение одного года, если есть имплантат и инфекция, связанная с операцией.

По каждой больнице рассчитывается стандартизированный коэффициент инфекции, разработанный Центром по контролю и профилактике болезней (CDC) по образцу стандартизированного коэффициента смертности (или стандартизированному коэффициенту заболеваемости). Этот коэффициент позволяет сравнивать данные внутри каждой из нескольких сравниваемых подгрупп с национальными данными (или другими контрольными показателями) для данных подгрупп, а затем и между собой. Стандартизированный коэффициент инфекции рассчитывается по отдельным ICU (в части коэффициент инфекций крови), стандартизированный по ICU, и для хирургических инфекций – стандартизированный по типу хирургического вмешательства.

Национальные данные получают из рейтингов, доведённых до сведения Национальной сети по здоровью и безопасности (NHSN) данными из Центров по контролю и профилактике заболеваний.

Так, стандартизированный коэффициент инфекции, равный 1, означает, что уровень инфекций в ICU

данной больницы в целом соответствует прогнозируемому данным по стране, если он больше или меньше, это уже отклонение от нормы.

Назначение Рейтинга, баллы

Чтобы получить самый высокий рейтинг 5, больница должна иметь показатель нулевой инфекции в течении не менее чем 1000 дней по отчётности для CLABSI, или в 100 хирургических процедурах. При этом предполагается, что **этот стандарт в состоянии выполнить все больницы.**

Однако существуют и определённые сложности: не все больницы имеют сравнимый ICU; небольшие больницы могут иметь единственный объединённый медицинской/хирургической блок, в то время как большая больница может иметь несколько блоков интенсивной терапии (ICU), в том числе отдельно медицинской и хирургической. В то же время штаты имеют разное понимание и классификацию того, о каких инфекциях надо сообщать для учёта в CLABSIs: некоторые штаты сообщают о хирургических процедурах отдельно по категориям риска, а другие сообщают по всем категориям риска вместе. Это, безусловно, затрудняет расчёты и учёт. Но исходный посыл таков – все больницы должны быть в состоянии устранить внутрибольничные инфекции, независимо от того, что они лечат.

В учёте рейтинга выделяют три типа хирургических инфекций: поверхностные, глубокие раневые инфекции и специфические инфекции. Данные, которые приходят из штатов, включают в себя все эти виды инфекций, поскольку нет возможности проводить детальную дифференциацию.

Большинство инфекций может быть также не диагностировано, пока пациент не выписан из больницы или пока пациент не вернулся в эту больницу повторно. С этой целью больницы в течение года готовят обзор данных по повторным приёмам, а также проводят контроль обращений за неотложной помощью.

Публичная отчётность является серьёзным мотивирующим моментом для клиник в части повышения эффективности как профилактики инфекции, так и сбора данных.

РЕЙТИНГ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ОПЫТА (МНЕНИЯ) ПАЦИЕНТОВ

Рейтинг с точки зрения мнений пациентов основан на данных, собранных федеральными центрами Medicare и Medicaid Services (CMS). CAHPS или HCAHPS являются оценками с точки зрения пациентов системы оказания им медицинской помощи и услуг (CAHPS) и находятся в ведении CMS. HCAHPS измеряет степень заботы о пациенте, которая важна им как потребителям услуг (например, как часто убиралась ванная комната) или имеет отношение к вопросам безопасности (например, коммуникации «врач – пациент» при назначении лекарственных препаратов или информация при выписке). Так, например, пациент больницы при поступлении получает в среднем 10 различных препаратов, некоторые из которых могут быть схожи, но при этом прописаны различными специалистами, не всегда взаимодействующими друг с другом. На самом деле Институт здоровья оценивает

в среднем наличие по крайней мере одной ошибки в день при назначении лекарств. Исследования также показали, что боль – зачастую недостаточно хорошо контролируемый фактор после операции. При этом неконтролируемая боль увеличивает риск более длительного нахождения пациентов в больнице и снижение качества жизни.

Большинство больниц должны представлять данные по HCAHPS для получения полной компенсации услуг от Medicare. В 2013 году Medicare применила систему стимулирования компенсаций к больницам, основанную на повышении их эффективности по конкретным показателям качества, в том числе HCAHPS.

HCAHPS проводит оценку на основе стандартизированного по CMS опросника. Данные поступают централизованно в банк данных, где анализируются для последующей публичной отчётности на сайте CMSTs о больнице.

Опрос затрагивает и бывших стационарных больных из каждой больницы с оценкой их восприятия различных параметров оказания им помощи (отложенное мнение). CMS делает результаты опроса HCAHPS доступными по девяти категориям.

Рейтинги мнения пациентов составляются на основе не менее 100 заполненных анкет для каждой больницы. Для оценки рейтинга с вариантами реагирования всегда / обычно / редко / никогда рассчитывается процент (например, 92 % респондентов сообщили, что врачи всегда или обычно взаимодействовали с ними внимательно и понятно), о котором и заявляют в CMS. Так, по выписке используется показатель, отражающий процент пациентов, которые указали, что им были даны чёткие инструкции о том, что делать и как делать во время восстановительного лечения в домашних условиях.

Целостный показатель с точки зрения опыта пациента

Целостный Рейтинг с точки зрения восприятия пациентом качества оказания помощи рассчитывается в два этапа:

1. Доля респондентов, которые бы определённо рекомендовали бы эту больницу другим.
2. Доля респондентов, которые дали бы больнице суммарный рейтинг 9 или 10.

Однако стоит отметить, что, несмотря на то, что все инструменты и методы сбора данных тщательно валидированы и проверены, осуществление сбора и анализа данных для данного рейтинга находится в ведении центров Medicare & Medicaid Services (CMS), которые курируют все аспекты обследования, проводят тренинги для больницы в части сбора и анализа данных.

БОЛЬНИЧНЫЕ ПРАКТИКИ

Использование электронных медицинских карт

Американская ассоциация больниц (АНА) проводит ежегодный опрос больниц под названием ЕОИТ (ежегодная оценка информационных технологий). В опросе содержатся десятки вопросов об использовании компьютерных и других электронных систем для ведения учёта. Федеральное правительство также

стимулирует врачей и больницы, которые отвечают специфическим требованиям, предъявляемым к использованию электронных технологий записи показателей здоровья. Принятие электронных медицинских записей может повысить безопасность пациентов за счёт улучшения точности и координации помощи, а также сократить расходы. Однако принятие этих технологий, как было показано в ряде исследований, может привести и к появлению нового типа ошибок и, соответственно, иных последствий.

Оценка Электронных медицинских карт основана на 28 параметрах в рамках ЕОИТ, что показывает, до какой степени в больнице компьютерная система позволяет ведение: электронной клинической документации (7 параметров), просмотр результатов лечения (6 параметров), компьютеризированное оформление заказов и услуг (5 параметров), поддержку в принятии решений (6 параметров) и штриховое кодирование (4 параметра). Для каждого параметра больница указывает, насколько (по 6-балльной шкале) реализована электронная технология:

1. Полностью внедрена во всех подразделениях.
2. Полностью внедрена по крайней мере в одном подразделении.
3. Начато внедрение по крайней мере в одном подразделении.
4. Есть ресурсы для внедрения в следующем году.
5. Нет ресурсов, но рассмотрение вопроса запущено.
6. Нет ресурсов, и вопрос не рассматривается.

Надлежащее использование КТ- и МРТ-сканирования брюшной и грудной полостей

Отчётность по данным параметрам предоставляется на сайт центров Medicare и Medicaid Services (CMS), который позволяет проводить сравнительную оценку по больницам (www.hospitalcompare.hhs.gov). Данные отражают производительность сроком на один год и ежегодно обновляются.

Существует шесть параметров измерения данных:

- 1) процент пациентов, у которых произведена МРТ поясничного отдела позвоночника с диагнозом боли в пояснице без признаков предшествующей консервативной терапии;
- 2) процент амбулаторных больных с маммографией, которые получают последующее скрининговое обследование (маммография или УЗИ) в течение 45 дней;
- 3) процент от всех КТ живота, которые выполняются дважды: один раз с радиоактивным контрастированием и один – без;
- 4) процент всех КТ грудной клетки или груди, которые выполняются дважды: один раз с радиоактивными контрастированием и один – без;
- 5) процент амбулаторных больных, которые прошли кардиотест до амбулаторной хирургии;
- 6) процент амбулаторных больных с КТ мозга, которые получили сканирование КТ синуса одновременно.

Два последних параметра (5 и 6) были впервые внесены в октябре 2012 года.

В настоящее время для оценки используется параметр измерения, представляющий частоту двойных

сканирований грудной (параметр 1) и брюшной полостей (параметр 2), поскольку они представляют риск повышенного воздействия дополнительной радиации.

Эти параметры отражают сканирование амбулаторных больных в медицинских подразделениях, являющихся частью больницы или связанных с больницей, и представляют данные сканированных пациентов только Medicare.

ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ

Для расчёта оценки безопасности используется пять главных категорий, связанных с безопасностью, каждый из которых состоит из нескольких компонентов: избежание инфекции; избежание повторных госпитализаций; чёткая коммуникация врач – пациент при выписке и назначенной терапии; надлежащее использование сканирования; избежание осложнений.

Внутрибольничные инфекции уносят жизни до 16250 пациентов в год. Даже для тех, кто выжил, это означает недели или месяцы изнурительного лечения и побочных эффектов. Использование простого контрольного списка (который не все больницы приняли), показало эффективность снижения централизованной инфекции до нуля.

Основная задача – избежать повторных госпитализаций. В одном из обследований было выявлено, что примерно 1 из 5 пациентов Medicare был повторно госпитализирован в течение 30 дней после выписки; а каждый 3-й пациент – в течение 90 дней. Конечно, при любой госпитализации есть риски. Исследование, проведённое Департаментом здоровья и услуг Генерального инспектора, показало, что инфекции, хирургические ошибки и другой медицинский вред привели к гибели 180 000 пациентов Medicare в течение только одного года, а ещё 1,4 млн человек был нанесён серьёзный вред в результате лечения в стационаре.

Необходимо отметить, что причины повторной госпитализаций могут быть иными, нежели причины первичной госпитализации. На самом деле национальная частно-государственная инициатива «Партнёрство во благо пациентов» поставила задачу снижения предотвратимых осложнений во время перехода от одного заболевания к другому и снижения повторных госпитализаций на 20 % в 2013 году, по сравнению с 2010 годом.

В определённой степени повторные госпитализации опосредованы ошибками первичной госпитализации. Например, пациенты с внутрибольничной инфекцией и другими осложнениями могут в конечном итоге быть госпитализированы повторно для дальнейшего лечения.

СООБЩЕНИЯ О ПРИНИМАЕМЫХ ЛЕКАРСТВАХ И РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВЫПИСКЕ

Отсутствие адекватной коммуникации между врачом и пациентом по поводу используемых пациентом препаратов может привести к злоупотреблению лекарствами, пропуску времени приёма лекарств, приёму неадекватной дозы или другим медицинским ошибкам. В ряде исследований было показано, что более чем одна треть пациентов в стационаре сталки-

ваются с ошибками при приёме лекарства (например, пропуск времени приёма, случайное дублирование препарата или неправильная доза лекарства). Недостаточный инструктаж пациента на момент выписки может привести к осложнениям в последующем восстановительном периоде (например, прекращён приём препарата).

Инфекции, повторные госпитализации, неэффективные коммуникации врач – пациент и двойное сканирование вместе составляют 90 % с точки зрения безопасности пациента, в то время как избежание осложнений составляет только 10 %.

РАСЧЁТ БАЛЛА БЕЗОПАСНОСТИ

Оценка безопасности экспрессируется по 100-балльной шкале. Больница может получить 100 баллов, если она набрала максимально возможную оценку во всех рейтингах (например, 100 % по оценке пациентов, или 0 % по инфекции), и 1 балл, если она получила самые низкие баллы во всех измерениях.

Учитываются четыре категории измерения, основанные на интервальных данных (инфекции, повторные госпитализации, коммуникация «врач – пациент» и сканирование). Их компоненты объединены в композитах следующим образом:

1. Инфекции. Комбинированный индекс инфекции рассчитывается как CLABSIs и SSIs. Если больница не сообщает об инфекции, то вес для этого типа равен нулю. Больница может иметь комбинированный SIR, даже если отдельные инфекции не имеют достаточной выборки.

2. Процент повторных госпитализаций.

3. Эффективность коммуникации определяется как среднее по оценке информации о лекарствах и рекомендаций по выписке.

4. Сканирование является средним показателем между сканированием грудной клетки и брюшной полости, если обе меры доступны.

Отсутствие осложнений вносит в этот рейтинг свои дополнительные 10 %.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В американском здравоохранении существуют разные схемы рейтингования, но интересен именно государственный запрос на определённые измерения и их нормирование. Поэтому в статье показаны концептуальные подходы и конкретные рейтинги показателей, используемых для оценки качества работы в стационарах, включённых в программу Medicare (рейтинги за 2011–2013 гг.), которые обеспечивают измерение основных областей здравоохранения, что позволяет определять приоритеты дальнейшего развития. Кроме того, рейтинги показывают, что усилия по сбору и анализу информации развиваются в правильном направлении и не дублируются. Общее требование состоит в разработке оптимального портфеля инструментов по измерению.

В некоторых сферах охраны здоровья главное – это обеспечение безопасности пациента, поэтому методы статистического наблюдения были разработаны для быстрого и конфиденциального

определения аномальных проявлений в работе. Это, например, чрезмерное использование того или иного вмешательства, хотя, может быть, и без ущерба для безопасности пациента: следовательно, необходимо определить, есть ли угроза безопасности пациента или насколько это аномальная ситуация.

Во многих странах давно уже признаны очевидные выгоды от наличия базы для оценки качества оказываемых услуг и работы медицинских организаций [16]. В научной литературе указывается на то, что установление определённых рамок (основы) не только важно для мониторинга и оценки, но и соответствует более широким стратегическим целям и приоритетам системы здравоохранения и структурировано в соответствии с различными областями в развитии страны, что является важным шагом в мониторинге и предоставлении отчётности о работе систем здравоохранения. Это также ключевой аспект реформ здравоохранения в долгосрочной перспективе.

ЛИТЕРАТУРА REFERENCES

1. Авдеева М.В., Ващенко В.В., Лучкевич В.С., Баркаева В.А. Рейтингование медицинских организаций как способ повышения эффективности здравоохранения: история вопроса и перспективы использования // Социальные аспекты здоровья населения. – 2015. – Т. 44, № 15. – С. 2.

Avdeeva MV, Vashchenkov VV, Luchkevich VS, Barkaeva VA (2015). Rating of medical organizations as a way to improve the effectiveness of health care: background and prospects for implementation [Reytingovanie meditsinskih organizatsiy kak sposob povysheniya effektivnosti zdravookhraneniya: istoriya voprosa i perspektivy ispol'zovaniya]. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*, 44 (15), 2.

2. Азаров А.В. Рейтинги медицинских организаций: подходы к формированию // Здравоохранение. – 2015. – № 7. – С. 54–61.

Azarov AV (2015). Methodological approaches to the formation of rankings of health care organizations [Reytingi meditsinskih organizatsiy: podkhody k formirovaniyu]. *Zdravookhranenie*, (7), 54-61.

3. Алексеева Н.Ю., Пчела Л.П., Макаров С.В. Исследование удовлетворённости населения качеством медицинской помощи в условиях реформирования здравоохранения // Бюл. ВСНЦ СО РАМН. – 2011. – № 1. – С. 259–262.

Alekseyeva NY, Pchela LP, Makarov SV (2011). Research of satisfaction of the population by the quality of medical aid under conditions of public health services reforming [Issledovanie udovletvorennosti naseleniya kachestvom meditsinskoj pomoshchi v usloviyakh reformirovaniya zdravookhraneniya]. *Bulleten' Vostocno-Sibirskogo nauchnogo centra*, (1), 259-262.

4. Григорьева Н.С. Мониторинг качества работы медицинских организаций: методологический комментарий // Государственное управление. Электронный вестник. – 2015. – Вып. 51.

Grigorieva NS (2015). Monitoring the quality of health care organizations: a methodological comment [Monitoring kachestva raboty meditsinskih organizat-

siy: metodologicheskiy kommentariy]. *Gosudarstvennoe upravlenie. Elektronnyy vestnik*, (51).

5. Любарская М.А., Клунко Н.С. Оценка качества стратегического целеполагания на основе анализа системы показателей развития фармацевтической отрасли Российской Федерации // Бюл. ВСНЦ СО РАМН. – 2014. – № 4. – С. 63–68.

Lyubarskaya MA, Klunko NS (2014). Assessment of the quality of strategic goal-setting basing on the analysis of the system of the indices of pharmaceutical industry development in the Russian Federation [Otsenka kachestva strategicheskogo tselepolaganiya na osnove analiza sistemy pokazateley razvitiya farmatsevticheskoy otrasli Rossiyskoy Federatsii]. *Bulleten' Vostочно-Sibirskogo nauchnogo centra*, (4), 63-68.

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

Mikhaylova NV (2010). The methodology provision and quality management of medical aid in accordance with ISO 9000. [Metodologiya obespecheniya i upravleniya kachestvom meditsinskoy pomoshchi v sootvetstviy s mezhdunarodnymi standartami ISO serii 9000]. *Vestnik Roszdravnadzora*, (3), 19-27.

7. Тарасенко Е.А. Зарубежный опыт выбора показателей качества медицинской помощи для построения рейтингов медицинских организаций: уроки для России // Социальные аспекты здоровья населения (электронный научный журнал). – 2013. – № 34 (6). – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/520/lang?ru>.

Tarasenko EA (2013). International experience in selecting medical aid quality indices to rank healthcare organizations: lessons for Russia [Zarubezhnyy opyt vybora pokazateley kachestva meditsinskoy pomoshchi dlya postroeniya reytingov meditsinskikh organizatsiy: uroki dlya Rossii]. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya (elektronnyy nauchnyy zhurnal)*, 34 (6). Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/520/lang?ru>.

8. Agency for Healthcare Research and Quality (2013). HCUP statistical brief, 160.

9. Batalden PB, Buchanan ED (1989). Industrial models of quality improvement. In: Providing quality care: the challenge to clinicians (Goldfield N, Nash DB, eds.), 133-159.

10. Berwick DM (1989). Sounding board. continuous improvement as an ideal in health care. *N. Engl. J. Med.*, (320), 53-56.

11. Bradley R (2008). Comment – defining health insurance affordability: Unobserved heterogeneity matters. *J. Health Econ.*, (27), 1129-1140.

12. Consumer reports hospital ratings. Available at: <http://www.consumerreports.org/health/doctors-hospitals/hospital-ratings.htm>

13. Donabedian A (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44 (3), 166-206.

14. Donabedian A (1980, 1982, 1984). Explorations in quality assessment and monitoring, (I–III).

15. Donabedian A (1988a). Quality assessment and assurance: unity of purpose, diversity of means. *Inquiry*, (25), 173-192.

16. Donabedian A (1988b). The quality of care. How can it be assessed? *J. Am. Med. Ass.*, (260), 1743-1748.

17. Medicare – statistics & facts. Available at: <http://www.statista.com/topics/1167/medicare>.

18. Physician hospital outpatient analysis (2013). Available at: <http://www.comparionanalytics.com> (accessed 2013 Jun 26).

19. Pope DG (2008). Reacting to rankings: Evidence from “America’s Best Hospitals”. *J. Health Econ.*, (28), 1154-1165.

20. Torio CM, Andrews RM (2013). National inpatient hospital costs. The most expensive conditions by payer.

21. US news and world report rating (2013). Available at: http://www.usnews.com/pubfiles/7-17AdultMethReport2012_Final.pdf (accessed 2013 Jun 26).

22. US news: Best hospitals 2013–14 Medicare. Available at: <http://health.usnews.com>.

23. World Health Organization (2008). Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects.

Сведения об авторах Information about the authors

Григорьева Наталья Сергеевна – доктор политических наук, профессор кафедры политического анализа факультета государственного управления ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова» (119992, г. Москва, Ленинские горы, 1; тел.: 8 (495) 930-85-67; e-mail: grigorieva@spa.msu.ru)

Grigorieva Natalia Sergeevna – Doctor of Political Sciences, professor of the Department of Political Analysis of the School of Public Administration of Lomonosov Moscow State University (119992, Leninskie Gory, 1; tel.: +7 (495) 930-85-67; e-mail: grigorieva@spa.msu.ru)