

СУЧАСНА КОНЦЕПЦІЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

В.А. Сміянов, канд. мед. наук, доцент;

П.О. Павлюк, канд. мед. наук, доцент,

Медичний інститут Сумського державного університету, м. Суми;

Управління охороною здоров'я Сумської облдержадміністрації, м. Суми

Якість в охороні здоров'я – це складна багатокомпонентна система, в основу якої покладено сукупність принципів, що характеризують ефективність, економічність, адекватність, своєчасність, доступність, достатність процесів щодо охорони здоров'я людини (населення) на рівні науково-технічних досягнень у сучасний період. Наведене свідчить, що питання поліпшення якості медичної допомоги в Україні є пріоритетними і мають бути гармонізованими з європейськими принципами, відповідати встановленим вимогам і стандартам, забезпечувати оптимальність використання галузевих ресурсів, задовольняти потреби пацієнтів та їх очікування, відповідати сучасному рівню розвитку науки.

Ключові слова: оптимальне використання ресурсів, задоволеність пацієнта наданою допомогою, ефективність, економічність, адекватність, доступність.

Качество в организации здравоохранения – это сложная многокомпонентная система, в основу которой положена совокупность принципов, которые характеризуют эффективность, экономичность, адекватность, своевременность, доступность, достаточность процессов здравоохранения человека (населения) на уровне научно-технических достижений в современных условиях. Вышесказанное свидетельствует о том, что вопросы улучшения качества медицинской помощи в Украине являются приоритетными и должны быть гармонизированы со стандартами, обеспечивать оптимальное использование отраслевых ресурсов, удовлетворять потребности пациентов и их ожидания, отвечать современному уровню развития науки.

Ключевые слова: оптимальное использование ресурсов, удовлетворенность пациента медицинской помощью, эффективность, экономичность, адекватность, доступность.

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) (1998), «якість - це точне (відповідно до стандартів) виконання різних видів медичного втручання, які вважаються безпечними, доступні у фінансовому відношенні для даного суспільства і здатні здійснити позитивний вплив на рівень смертності, захворюваності, непрацездатності і нераціонального харчування» [3, 7].

У міжнародних стандартах серії ISO 9000, що використовуються для розроблення та сертифікації систем якості, це поняття визначається як сукупність характеристик об'єкта, що стосується його здатності задовольняти встановлені потреби [8].

На сьогодні єдине, загальноприйняте визначення якості охорони здоров'я відсутнє, адже проблема має безліч аспектів і кілька концепцій, що з часом змінюються і удосконалюються.

Існує багато визначень якості медичної допомоги (ЯМД) [1, 5, 9, 13, 18, 19].

І.В. Успенська і Г.А. Пономарьова розуміють якість через сукупність властивостей і характеристик медичних послуг, які визначаються їх спроможністю задовольняти потреби людини і суспільства у зміцненні здоров'я. А одна з головних вимог до якості медичної допомоги – це задоволеність пацієнта (населення) наданими йому медичними послугами [16].

За визначенням В.Ф. Чавпецова (2000), якість медичної допомоги як об'єкт дослідження і управління являє собою властивість процесу взаємодії лікаря і пацієнта, обумовлену кваліфікацією професіонала, тобто спроможністю виконувати медичні технології, зменшувати ризик прогресування наявних у пацієнта захворювань і виникнення нового патологічного процесу, оптимально використовувати ресурси медицини і забезпечувати задоволеність пацієнта від його взаємодії з медичною системою [13].

Існують іще декілька підходів до визначення якості медичної допомоги:

«Якість медичної допомоги визначається використанням медичної науки і технології з найбільшою користю для здоров'я людини, але без збільшення ризику. Рівень якості, таким чином, - це рівень балансу вигоди і ризику для здоров'я» [А. Донабедян, 1988] [24];

«... належне проведення (згідно зі стандартами) усіх заходів, що є безпечними і прийнятними, використовуються в даному суспільстві і впливають на смертність, захворюваність, інвалідність...» (М. Ремер і С. Монтойя Агиляр, ВООЗ, 1988) [18];

«Якість – це виконання вимог або інструкцій» (Філ Кросбі, 1979) [19];

«Якість – це дотримання стандартів» (Проект забезпечення якості, 1997) [10];

«Якість медичної допомоги – сукупність характеристик, що підтверджують відповідність наданої допомоги наявним потребам пацієнта (населення), його очікуванням, сучасному рівню медичної науки і технології» [Ю.М. Комаров, А.В. Коротков, Г.І. Галанова, 1997];

«Під якістю медичної допомоги розуміють процес взаємодії лікаря та пацієнта, що ґрупується на професіоналізмі лікаря, тобто його здатності знижувати ризик прогресування захворювання у пацієнта та виникнення нового патологічного процесу, оптимально використовувати ресурси медицини та забезпечити задоволеність пацієнта наданою йому медичною допомогою» [В.В. Гришин, 1997] [4].

Дійсно, як бачимо, незважаючи на зовнішню простоту, дати визначення «якість медичної допомоги» досить складно (О.П. Щепін і співавт., 1996). У літературі є декілька десятків визначень якості медичної допомоги, що відрізняються не тільки в деталях, але нерідко суперечні одне одному, яке підтверджує відсутність єдиної точки зору з даного питання серед медичних працівників, у тому числі організаторів охорони здоров'я [20].

Різноманітні визначення поняття «якості медичної допомоги» відображають насамперед розходження у розумінні окремими дослідниками суті даної категорії й галузі її застосування, що, у свою чергу, обумовлено двома чинниками.

Це пов'язано з винятковою складністю і багатоплановістю понять «медична допомога» і «якість медичної допомоги». Так, якість медичної допомоги, що надається окремому хворому, несе одне змістовне навантаження, а якість медичної допомоги, що надається в лікувально-профілактичному закладі (ЛПЗ) або в цілому по країні, - інше. Відповідно до цього цілі побудови цих «якостей» і методи їх виміру можуть не збігатися. Лікарі оцінюють якість своєї роботи і діяльність своїх колег з одних позицій, хворі – з інших, органи охорони здоров'я – ще з інших і т.д. [13, 17, 19].

З часом змінюються вимоги до рівня медичної допомоги, з'являються нові можливості і нові галузі застосування цього показника з розвитком суспільства, що спонукає дослідників постійно звертатися до цього питання, але на новій основі. У цілому ж, варто говорити не про одне загальне для всіх поняття «якість медичної допомоги» і шукати для нього найбільш чітке визначення, а використовувати систему понять,

кожне з яких розкривало б той чи інший бік загального поняття «медична допомога» стосовно до конкретних умов функціонування системи охорони здоров'я, а усі разом ці поняття створювали б достатньо чітку картину стану якості медичної допомоги на будь-якому рівні.

Так, якість медичної допомоги населенню має свої специфічні критерії визначення та оцінку, пацієнту – зовсім інші, а якість медичної допомоги, що надається в ЛПЗ або у цілому в системі охорони здоров'я, визначається за окремою оцінною шкалою. Складність розуміння категорії якості, особливо в медичній практиці, зумовлена тим, що при оцінці якості об'єкта вона розглядається як сукупність її властивостей [19].

По-перше, якість медичної допомоги потрібно оцінювати за допомогою багатьох показників (підготовка спеціаліста, його здібності та професійний досвід, технічна забезпеченість лікувального закладу, технології діагностики та лікування, що застосовуються, та ін.), тобто з використанням показників, які мають змінні значення.

По-друге, якість медичної допомоги як кінцевий результат складається з етапних результатів: якості рівня дослідження, якості діагностики, якості лікування, якості уточнення діагнозу в процесі лікування та ін.

По-третє, якість медичної допомоги є результативним показником, який стосується об'єкта «медична допомога». Ця категорія достатньо складна і не завжди здатна відповідати встановленим або припустимим вимогам.

По-четверте, якість є похідною категорією багатьох поєднаних факторів діяльності медичних та інших спеціалістів і результатів їх взаємодії з пацієнтом.

І, нарешті, по-п'яте, категорія якості повинна одержати показову оцінку в медичній практиці [13].

Розглядаючи розвиток поняття якості медичної допомоги в історичному аспекті за документами Європейського регіонального бюро ВООЗ (1983), при визначенні поняття якості основна увага приділялась якості виконання медичних технологій (технологічна якість); якості використання наявних ресурсів та контролю ступеня ризику небезпечності травми або іншого захворювання внаслідок медичного втручання та задоволеності пацієнта медичним обслуговуванням. Забезпечення якості повинно бути спрямовано на оптимальні результати при мінімальних витратах і мінімальному ризику подальших травм або непрацездатності пацієнта.

Також виділяється ще оцінка обслуговування населення в цілому як стан охорони здоров'я [1].

Розвиваючи цей напрямок, В.Т. Дьяченко пропонує наблизитися до розуміння якості медичної допомоги як загальноприйнятої категорії взаємовідносин пацієнта (покупця медичних послуг) та лікаря (виробника медичних послуг). На думку автора, слід відмовитися від медичної допомоги як такої та розглянути якість медичної послуги у загальному плані. При оцінці якості товарів та послуг запропоновано дві характеристики якості:

1. Якість виконання.
2. Якість відповідності.

Перша – це характеристика, що відображає ступінь задоволеності потреб пацієнта. Друга – це характеристика, що відображає ступінь відповідності прийнятним стандартам, внутрішнім специфікаціям та ін. [5].

Близько 40 років тому були визначені класичні підходи до складових якості медичної допомоги, що повинно розглядатися з позицій «структури, процесу та результату» [22].

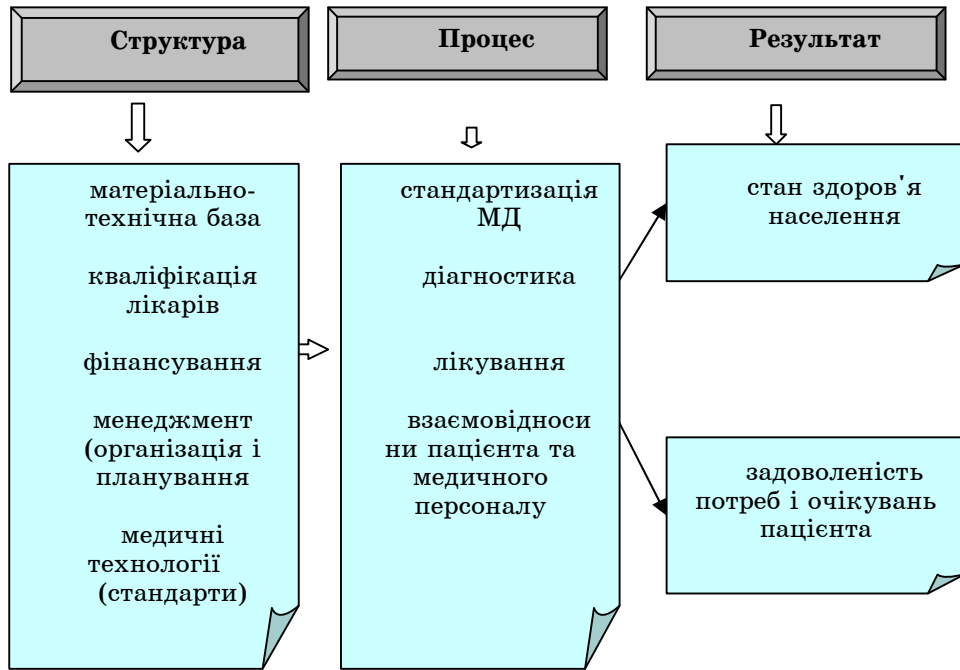


Рисунок 1 - Система якості медичної допомоги (А. Донабедян)

Структура охоплює характеристики наявних ресурсів для надання допомоги, зокрема матеріальних ресурсів, кваліфікованих медичних і управлінських кадрів, а також організаційні аспекти (методи компенсації витрат, управління якістю медичної допомоги). Структура має бути цікавою для організацій, що опікуються акредитацією, але відомо, що існує досить слабкий зв'язок між структурою та результатами.

Під процесом розуміють характеристики медичної допомоги, що надається, тобто її обґрунтованість, адекватність за обсягом, компетентність персоналу в обранні методів, узгодженість дій та послідовність. Обмеження оцінки процесу пов'язані з тим, що ми дуже мало знаємо про оптимальний процес надання медичної допомоги і вплив відхилень від стандартів на результати лікування. Саме результати лікування є принциповою мірою якості медичної допомоги, оскільки вони мають значення для пацієнтів, платників за медичні послуги і медичних працівників. Труднощі оцінки якості за результатами полягають у важкості визначення тих результатів, які безпосередньо залежать від медичної допомоги.

Теорія управління якістю пропонує вивчати якість у системі медичної допомоги за 8 характеристиками: професійною компетентністю, доступністю, економічною ефективністю, особистими взаєминами, результативністю, безперервністю і послідовністю, безпечністю, зручністю [10].

1. Професійна компетентність визначається рівнем навиків і вмінь, що реалізуються в процесі діяльності людей, які надають медичні послуги, в діяльності керівництва й обслуговуючого персоналу.

2. Під доступністю медичної допомоги ми розуміємо ступінь, в якому медична допомога може безперешкодно надаватися незалежно від географічних, економічних, соціальних, культурних, організаційних або мовних чинників.

3. Результативність - це міра, в якій лікування пацієнта призводить до поліпшення його стану або до бажаного результату.

4. Особисті взаємини - це чинник взаємовідносин між провайдером послуг і споживачами, керівництвом і провайдером медичної допомоги, медичними працівниками та місцевими жителями.

5. Економічна ефективність визначається відношенням між потребою в обслуговуванні та існуючими ресурсами для надання допомоги. Ефективність досягається шляхом надання оптимального обсягу медичної допомоги населенню, тобто найбільше допомоги найкращої якості, що може бути досягнуте за наявних ресурсів.

6. Безперервність і послідовність: чинник безперервності віддзеркалює ступінь, в якому пацієнт одержує необхідне йому/їй медичне обслуговування без перерв, зупинок чи зайвих повторень обстежень або лікування.

7. Безпечність - чинник безпеки відносять до ступеня, в якому система медичної допомоги знижує ризик пошкоджень, інфікування, побічних явищ чи інших збитків у процесі надання медичної допомоги.

8. Зручність - комфортність відносять до тих характеристик медичного обслуговування, що безпосередньо не належать до клінічної ефективності, але можуть позитивно вплинути на ступінь задоволеності пацієнта якістю обслуговування. Комфортність визначається зовнішнім виглядом і чистотою приміщень, які використовуються, обладнанням і персоналом, а також заходами, яких вживають для забезпечення комфорту і зручності [18].

Діяльність із забезпечення якості медичної допомоги може бути спрямована на одну або декілька характеристик з цього переліку. Вони допомагають визначити рамки, в яких працюють команди експертів, при аналізі проблем якості і оцінці ступеня дотримання стандартів. Кожна з цих характеристик повинна розглядатися у світлі специфічної програми і місцевого контексту. Усі вони мають відношення як до клінічного й організаційного аспектів надання медичної допомоги, так і до роботи допоміжних служб [10,13].

Описані вище визначення і характеристики якості містять в собі майже всі аспекти функціонування системи охорони здоров'я (ОЗ). Важливість цих характеристик стає наявною, коли пацієнтам чи медикам необхідно визначити якість медичної допомоги зі своєї точки зору.

Для пацієнтів, які звернулися до певної медичної установи, якість медичної допомоги визначається тим, наскільки установа відповідає їх потребам, чи є допомога вчасною і наскільки ввічливим та уважним є медперсонал, який надає допомогу. У цілому, пацієнту необхідно, щоб симптоми хвороби були ліквідовані, а сама хвороба попереджена або призупинена. Думка пацієнта є дуже важливою, бо задоволені пацієнти краще виконують призначення лікаря. Таким чином, характеристики якості, що стосуються задоволення споживача медичних послуг, безпосередньо впливають на здоров'я населення [5,19].

Пацієнти найбільш цінують результативність і доступність медичної допомоги, взаємовідносини між ними і медперсоналом, а також безперервність та послідовність. Однак необхідно зазначити, що пацієнти не повною мірою усвідомлюють, які служби та заклади ОЗ потрібні (особливо недооцінюють профілактичні служби) і врешті-решт не можуть адекватно оцінити професійну компетенцію.

Медперсонал зазвичай звертає більше уваги на професійну компетенцію, ефективність і безпеку. На погляд медичного працівника, якість медичної допомоги передбачає наявність у персоналу відповідних навиків, ресурсів і умов, необхідних для поліпшення стану здоров'я пацієнтів, достатніх знань і вміння виконувати професійні обов'язки.

Система ОЗ повинна обов'язково відповідати потребам і вимогам медичних працівників, як очікуванням і вимогам пацієнтів. Медичним фахівцям необхідні ефективні й професійні адміністративні та допоміжні служби в процесі надання медичної допомоги.

Підходи до змістовних компонентів та удосконалення якості медичної допомоги (ЯМД) постійно змінюються залежно від рівня розвитку суспільства, у тому числі його економіки, системи охорони здоров'я, національних пріоритетів і цінностей, пріоритетності концепції якості на певному етапі розвитку суспільства та національної системи охорони здоров'я. Задовольнити потреби всіх зацікавлених сторін в процесі надання медичної допомоги – завдання складне і його вирішення можливе завдяки управлінню системою якості.

Наприкінці 40-х рр. двадцятого сторіччя була запропонована концепція безперервного покращання якості.

В основу концепції безперервного підвищення якості (БПЯ)- Organization wide quality improvement (OQI) – покладено цілий ряд ключових ідей, що запозичені із соціальної психології (мотивація, групова робота), психології (теорія поведінки), управління (розроблення організаційних структур), статистика (контроль відхилень) і теорія систем. Таке різноманіття є однією із найсильніших сторін концепції безперервного підвищення якості [25, 26].

У цій системі удосконалення якості відсутні покарання тільки заради цього. Помилки в діяльності розглядаються як можливість для удосконалення, весь процес спирається на безперервний контроль, який здійснюється самими працівниками, а не перевірними організаціями. Автори цієї концепції вважають, що переважна більшість працівників бажають працювати як найкраще, 85-95% усіх помилок у роботі припускається у результаті збоїв у самій системі, а не через помилки окремих виконавців.

За даними В.Г.Дьяченко (1996), у медичних закладах ситуація є аналогічною, тільки близько 20% помилок медичного персоналу пов'язано з їх особистими якостями (низька кваліфікація, халатність, байдужість та ін.), а 80% залежить від дефектів організаційних і медичних технологій, рівня обладнання, що використовується, реактивів, витратних матеріалів і рівня підготовки адміністрації ЛПЗ.

З урахуванням специфіки охорони здоров'я існують 3 моделі управління якістю медичної допомоги: професійна, бюрократична, індустріальна. У реальних умовах управління якістю медичної допомоги в Україні базується на професійно-бюрократичному варіанті моделі. Професійна модель орієнтована на високий кваліфікаційний рівень і майстерність як єдину гарантію якості. Бюрократична – це контроль і забезпечення якості. Індустріальна модель орієнтована на задоволення потреб і очікувань пацієнтів та інтересів усіх сторін, що беруть участь у наданні медичної допомоги (лікарів, медичних сестер). Індустріальна модель реалізує сучасну концепцію безперервного поліпшення якості медичної допомоги.

В Україні приділяється значна увага перетворенням, спрямованим на поліпшення якості медичної допомоги. Напрацьована законодавча база, засобами якої здійснюється державне регулювання у сфері якості медичного забезпечення населення. Реалізується "Концепція управління якістю медичної допомоги в Україні" (2008), яка спрямована на задоволення обґрунтованих потреб і очікування споживачів медичної допомоги. Розроблено порядок управління і контролю якості (2009), який являє собою вертикально організовану функціональну структурну систему, що включає всі рівні управління – від Міністерства охорони здоров'я до окремих лікувальних закладів, а також "Галузеву програму стандартизації медичної допомоги на період до 2010 року."

Моделі	Характеристики					
	Мета	Об'єкт	Періодичність	Механізми управлінської дії	Відповідальність за результат	Мотивація персоналу
Професійна	Поліпшення клінічного стану пацієнта	Процес Результат	Епізодично	Облік та аналіз клінічних випадків з несприятливим результатом; консиліум	Медичний персонал	Визнання професіоналізму пацієнтами і колегами
Бюрократична	Поліпшення показників здоров'я населення (контингент у); дотримання нормативів	Процес Структура	Епізодично	Контроль, статистичний облік і звіти; стандартизація, сертифікація, ліцензування, акредитація	Медичний персонал, адміністрація	Покарання, декваліфікація, пониження рівня акредитації, категорій, позбавлення ліцензії
Індустріальна	Задоволення потреб пацієнтів, персоналу та інтересів держави (суспільства)	Процес Структура Результат	Постійно	Програма безперервного поліпшення якості; самооцінка організації, система освіти, клінічний аудит	Весь персонал закладу, адміністрація, держава, пацієнт	Професійне самоствердження, відмова від покарань, матеріальне заохочення

Рисунок 2 - Моделі управління якістю медичної допомоги

У Наказі МОЗ України від 08.2009. № 189 «Про порядок контролю та управління якістю медичної допомоги» дано таке визначення якості медичної допомоги:

– якість медичної допомоги – це належне (відповідно до стандартів, клінічних протоколів) проведення всіх заходів, які є безпечними, раціональними, прийнятними з точки зору коштів, що використовуються в даному суспільстві, і впливають на смертність, захворюваність, інвалідність.

У програмі економічних реформ Президента України на 2010-2014 рр. «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» відмічено, що, незважаючи на проголошені Конституцією України принципи, система охорони здоров'я не забезпечує рівного безкоштовного доступу до якісних медичних послуг. Це виявляється у низькій якості медичної допомоги та у нерівному доступі до послуг охорони здоров'я. Головною метою реформи медичної сфери є поліпшення здоров'я населення, забезпечення рівного й справедливого доступу всіх членів суспільства до медичних послуг належної якості [15].

Розроблення сучасної системи управління якістю в лікувальних закладах України є найактуальнішим завданням, яке буде сприяти покращанню ефективності медичної допомоги та зростанню задоволеності споживачів медичними послугами.

SUMMARY

THE MODERN CONCEPT OF QUALITY OF CARE

V.A. Smiyanov, P.O. Pavluk,

Medical Institute of Sumy State University, Sumy;

Quality in health care is a complex, multicomponent system, which is based on a set of principles that characterize the effectiveness, efficiency, adequacy, timeliness, accessibility, adequacy of processes to protect human health (population) at the level of scientific and

technological achievements in modern period. The authors show that improving the quality of health care in Ukraine is a priority and should be harmonized with European principles to fulfill the requirements and standards, to ensure optimal use of industrial resources to meet the needs of patients and their expectations, meet the current level of science.

Key words: *optimal use of resources, patient satisfaction with the assistance provided, the effectiveness, efficiency, adequacy, accessibility.*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бекер Г.С. Оценка путей обеспечения качества медицинской помощи (проект «ЗдравРеформ»). – К. – 1995. – 91 с.
2. Веренцов М.М., Чепурненко Н.В. Анализ качества и эффективности здравоохранения: Обзор инфор. ВНИИМИ. – М., 1986. – 77 с.
3. Вуори Х.В. Обеспечение качества медицинского обслуживания. Концепция и методология. – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 1985. – 179 с.
4. Гришин В.В. Регулирование процессов становления страховой медицины. – М.: Наука, 1997. – 352 с.
5. Дьяченко В.Т. Экспертиза качества медицинской помощи (вопросы теории и практики). – Хабаровск, 1996. – 181 с.
6. Задачи по достижению здоровья для всех. Политика здравоохранения для Европы. – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 1993. – 322 с.
7. Здоровье населения в Европе – 1997 г. Отчет о третьей оценке прогресса на пути к достижению здоровья для всех в европейском регионе ВОЗ (1996 – 1997 гг.). – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 1998. (Региональные публикации ВОЗ, Европейская серия, 38).
8. Здоровье-21: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 1999. – 310 с.
9. Зюков О.Л. Сучасні підходи до визначення змісту поняття «Якість медичної допомоги» // Головна медична сестра. – 2009. – № 3. – С. 41-44.
10. Качество медицинской помощи // Главный врач. – 1998. – № 1. – 71 с.
11. Качество медицинской помощи // Глоссарий. – Россия; США, 2000. – 107 с.
12. Комаров Ю.М., Короткова А.В., Галанова Г.И. Концептуальные подходы к управлению качеством медицинской помощи // Управление качеством медицинской помощи в Российской Федерации: материалы ежегодн. 4-й Рос. научн.-практ. конф. НПО «Медсоцэкономинформ». – М., 1997. – С. 28-55.
13. Нагорна А.М., Степаненко А.В., Морозов А.М. Проблема якості в охороні здоров'я: монографія. – Кам'янець-Подільський: Абетка-НОВА, 2002. – 384 с.
14. Найговзина Н.Б., Астовецкий В.Г. Качество медицинской помощи и его экспертиза // Экономика здравоохранения. – 1998. – № 1/25. – С.7-14.
15. Програма економічних реформ Президента України на 2010-2014 рр.
16. Сафонов Г.А., Логинова Е.А. Методические подходы к оценке деятельности стационарных учреждений и качества медицинской помощи // Стационарная медицинская помощь (основы организации). – М.: Медицина, 1989. – С. 180-185.
17. Успенская И.В., Пономарева Г.А. Социальный статус пациентов больницы, их затраты на лечение и удовлетворенность медицинской помощью // Экономика здравоохранения. – 1999. – № 5,6. – С. 21-23.
18. Хвисьюк М.І., Парфьонова І.І. Менеджмент в охороні здоров'я.– Харків: ТОВ «Оберіг», 2008. – Ч. 2. - 552 с.
19. Щепин О.П., Стародубов В.И., Линденбрaten А.Л., Галанова Г.И. Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи. – М.: Медицина, 2002. – 176 с.: ил. – ISBN 5-225-04363-1.
20. Щепин О.П., Линденбрaten А.Л., Голодненко В.Н., Зволинская Р.М. Актуальные проблемы оценки качества медицинской помощи населению // Пробл. соц. гигиены и история медицины. – 1996. – № 3. – С. 24а-29.
21. Якість. Качество. Quality // Термінологічний глосарій якості охорони здоров'я. – Київ, 1999. – 19 с.
22. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care // Milbank memorial Fund quarterly. – 1966. – Vol.44. – P. 166-206.
23. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. Vol 1. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, Mich.: Health Administration Press, 1980.
24. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? // JAMA. – 1988. – Vol.260. – P. 1743-1748.
25. Jesse W.E., Schranz C.M. Medicare mortality rates and hospital quality: are they related? // Quality Assurance in Health Care. – 1990. –Vol.2. – P.137-144.
26. Rasoveanu N.T., Jonbansen K.S. Технология для системного совершенствования медицинской помощи // Всемирный форум здравоохранения. – 1995. – Том 16, № 2. – С. 27-32.
27. <http://www.evro.who.int/observatory/Glossary/Top Page phrase=0>.

Надійшла до редакції 6 грудня 2010 р.