

УДК 614.2

## Роль лечебного контроля в повышении качества оказания медицинской помощи в Хабаровском филиале ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России

В.В. Егоров<sup>1,2</sup>, О.В. Коленко<sup>1,2</sup>, О.Б. Балева<sup>1</sup>, О.Ю. Николук<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Хабаровский филиал ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России;

<sup>2</sup> КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» Минздрава Хабаровского края, Хабаровск

### РЕФЕРАТ

**Цель.** Проведение анализа качества медицинской офтальмологической помощи (КМОП), оказанной пациентам в Хабаровском филиале с 2010 по 2014 годы.

**Материал и методы.** Оценка КМОП выполнена на сплошной выборке стационарных и амбулаторных больных за 2010-2014 гг. Оценивались две базовые составляющие клинического результата – технология лечения и функциональный результат. Общее число исследуемых пациентов составило 115394 чел.

Оценка качества ведения медицинской документации проведена при анализе 106347 медицинских историй болезней и карт пациентов, завершивших лечение в Хабаровском филиале в период 2010-2014 гг.

Удовлетворенность пациентов КМОП проверена путем анонимного анкетирования с помощью оценочной шкалы.

**Результаты.** У подавляющего большинства больных (98,8%) в процессе лечения был достигнут максимальный клинический результат лечения (10 или 12 баллов).

Отклонение от эталона клинического результата лечения имело место в 1,2% случаев.

Анализ и разбор причин отклонения клинического результата лечения от эталона позволил существенно уменьшить их за исследуемый период – в 1,7 раза.

Офтальмохирургия.– 2016.– № 2.– С. 60-65.

Систематический анализ полноты диагностического обследования, адекватно выбранного лечения позволил снизить количество осложнений в послеоперационном периоде в 2 раза.

Разбор всех видов дефектов ведения первичной медицинской документации позволил уменьшить их за период 2010-2014 гг. в 1,5 раза.

Несмотря на имеющиеся недочеты, КМОП в целом всегда высоко оценивалось всеми категориями респондентов и колебалось от 98,8 до 100%.

**Заключение.** Применяемая в Хабаровском филиале система оценки клинического результата лечения пациентов, разработанная в «МНТК «Микрохирургия глаза», позволяет эффективно выявлять дефекты диагностического обследования и нарушения технологии лечения. Ее использование, по данным анализа за 2010-2014 гг., позволило уменьшить частоту интра- и постоперационных осложнений в 2 раза.

**Ключевые слова:** качество медицинской офтальмологической помощи, клинический и функциональный результат лечения, дефекты ведения медицинской документации, анкетирование пациентов. ■

**Авторы не имеют финансовых или имущественных интересов в упомянутых материале и методах.**

### ABSTRACT

## The role of medical monitoring in improvement of the quality of medical care in the Khabarovsk Branch of the S. Fyodorov Eye Microsurgery Federal State Institution

V.V. Egorov<sup>1,2</sup>, O.V. Kolenko<sup>1,2</sup>, O.B. Baleva<sup>1</sup>, O.U. Nikoluk<sup>1</sup>

<sup>1</sup> The Khabarovsk Branch of the S. Fyodorov Eye Microsurgery Federal State Institution, Khabarovsk;

<sup>2</sup> The Postgraduate Institute for Public Health Workers, Khabarovsk

**Purpose.** Analysis of the quality of a medical ophthalmic care (QMOC), provided to patients at the Branch from 2010 to 2014.

**Material and methods.** Evaluation of the QMOC was carried out on continuous selection of inpatients and outpatients for the

period 2010-2014. Two basic components of clinical outcomes were assessed: the technology of treatment and functional results. The total quantity of the studied patients was 115394 persons.

The assessment of quality in maintaining medical documentation was performed in the analysis of 106347 medical anamnesis and files of the patients who finished treatment at the Branch during 2010-2014.

The patients' satisfaction with QMOC was checked by an anonymous questionnaire using the assessment scale.

**Results.** The maximum clinical outcome (10 or 12 points) was achieved in the treatment process in the vast majority of patients (98.8%).

The deviation from a standard of clinical result of treatment took place in 1.2% of cases.

The review and analysis of the causes of deviations of the clinical outcome of treatment from the standard allowed significantly to reduce the quantity of complications within the postoperative follow-up period – 1.7 times.

A systematic analysis of completeness of diagnostic examination, adequately chosen treatment allowed to reduce the number of complications in the postoperative period in 2 times.

Analysis of all types of defects in maintaining primary medical documentation allowed to decrease them during 2010-2014 in 1.5 times.

Despite the available defects, in general the QMOC was always highly evaluated by all categories of respondents and was fluctuated from 98.8% to 100%.

**Conclusion.** The system of an assessment of clinical result of treatment of patients applied at the Branch and developed at the S. Fyodorov Eye Microsurgery Federal State Institution allows to reveal effectively defects of diagnostic examination and disturbance of technology in the treatment. Its use, according to the analysis for the period 2010-2014, allowed to reduce the frequency intra- and post-operative complications twice.

**Key words:** *quality of medical ophthalmic care, clinical and functional result of treatment, defects of maintaining of medical documentation, questioning of patients.* ■

**No author has a financial or proprietary interest in any material or method mentioned.**

The Fyodorov Journal of Ophthalmic Surgery.– 2016.– No. 2.– P. 60-65.

Понятие «качество» приобрело за последние годы особое значение во всех областях жизни, в том числе и с точки зрения оценки достижений оказания медицинской помощи населению, и закреплено в Федеральном законе РФ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» – п. 21. ст. 2. Качество медицинской помощи рассматривается как «совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата» [18].

Система ведомственного контроля качества медицинской помощи (КМП) является одним из элементов управления организацией. В её задачи входят экспертиза процесса оказания медицинской помощи конкретным пациентам, т.е. оценка степени достижения намеченных целей на каждом этапе оказания медицинской помощи; расчет и анализ показателей, характеризующих качество и эффективность медицинской помощи; выявление дефектов и врачебных ошибок в оказании медицинской помощи; принятие управленческих решений, направленных на устранение недостатков

и дальнейшее повышение КМП [1, 5, 13, 15, 16, 18].

В Хабаровском филиале ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России (Филиал – *здесь и далее*) особое внимание отводится постоянно-му контролю за качеством проводимого лечения. С момента основания Филиала в 1988 г. контроль КМП осуществляется всем без исключения пролеченным пациентам. Его проводит врач-офтальмолог специально созданного отдела лечебно-го контроля. При этом оцениваются следующие параметры: качественные показатели проведенного лечения; качество ведения медицинской документации; удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи [1, 4, 8-11].

Полученные данные ежедневно доводятся до сведения врачей-офтальмологов, анализируются и ежемесячно обсуждаются на клинических конференциях. В случаях снижения качества лечения выявляются их причины и формируются пути их устранения [4, 6, 7].

До 2010 г. в Филиале оценка качества результатов хирургического и терапевтического лечения при различной офтальмопатологии осуществлялась по 5-балльной шкале с использованием 2-уровневой градацией исходного состояния глаза. Учитывались критерии снижения

качества на момент выписки пациентов из стационара. Однако недостатком такого подхода являлось отсутствие четких критериев исходно осложненной патологии органа зрения, эталона клинического результата лечения, критериев отклонения от эталона клинического результата лечения [2, 4, 12, 17].

С 2010 г. в МНТК «Микрохирургия глаза» система оценки качества клинического результата лечения при различной офтальмопатологии была значительно усовершенствована, сделана более многофакторной [14]. Предложенная система была направлена на определение нового и единого принципа сравнительного анализа фактически полученного результата и информационного эталона клинического результата, на который должны быть ориентированы врачи клиники, описанный на основе применения новых технологий при оказании офтальмологической помощи.

В принцип описания эталона заложены две составляющие: а) характеристика технологического результата (медицинской технологии лечения) по 10-балльной шкале (в осложненных случаях – по 12-балльной); б) характеристика конкретного полученного функционального результата (острота зрения, снижение уровня ВГД, исправление угла косоглазия и т.п.) по 10-балльной шкале.

Были определены критерии снижения качества полученного клинического результата по сравнению с целевыми признаками принятого эталона и величины уровня снижения фактического индикатора результата лечения в зависимости от критериев лечения (от 2-х до 8-ми баллов).

Качество ведения медицинской документации в Филиале по-прежнему оценивается по шкале, которая включает в себя следующие показатели: качество сбора анамнеза; обоснованность диагноза, обоснованность и адекватность выбранного лечения; своевременность назначения лечебно-диагностических процедур; обоснованность сроков и динамики лечения; качество экспертизы временной нетрудоспособности; данные об исходе заболевания [2-4].

Помимо этого, нами периодически выборочно проводится изучение удовлетворенности пациентов результатами оказания медицинской помощи и готовности их к повторному обращению. Оно осуществляется путём анонимного анкетирования (не реже 1 раза в полугодие). Анкетирование основано на двух базовых составляющих: удовлетворенность помощью, оказываемой в диагностическом отделе Филиала и в условиях пребывания в стационаре. При этом пациентом оцениваются следующие параметры: профессиональный уровень работы врачей и среднего медицинского персонала, организация работы регистратуры, графика работы врачей, своевременность обслуживания, вежливость и внимательности

врачей, среднего и младшего медицинского персонала, санитарно-гигиеническими и бытовыми условиями, питанием, соблюдения принципа бесплатности оказания медицинской помощи, КМП в Филиале в целом [1, 2, 8].

### ЦЕЛЬ

Проведение анализа качества медицинской помощи, оказанной в Филиале, с 2010 по 2014 гг.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследование выполнено на большой сплошной выборке стационарных и амбулаторных пациентов за 2010-2014 гг. Их число составило 115 394 чел. (2010 г. – 22193 чел.; 2011 г. – 22903 чел.; 2012 г. – 22413 чел.; 2013 г. – 24315 чел.; 2014 г. – 23570 чел.). Оценка КМП имела две базовые составляющие клинического результата – технологию вмешательства и функциональный результат.

Оценка качества ведения медицинской документации осуществлялась при анализе 106347 медицинских историй болезней и карт пациентов, завершивших лечение (2010 г. – 22193; 2011 г. – 21809; 2012 г. – 21806; 2013 г. – 19749; 2014 г. – 20790). Результат оценивался по 5-балльной шкале.

Изучение показателей удовлетворенности пациентов КМП проводилось путем анонимного анкетирования с помощью оценочной шкалы по следующим градациям: «неу-

довлетворительно», «удовлетворительно», «хорошо», «отлично». За исследуемый период с 2010 по 2014 гг. было заполнено 2000 анкет. Метод отбора респондентов – случайная выборка.

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

За 2010-2014 гг. в Филиале было проведено 115394 курса лечения пациентам с различной офтальмопатологией. В таблице представлена оценка клинического результата лечения, полученного пациентами Филиала за 2010-2014 гг. Как видно из представленной *табл.* на момент выписки из Филиала, у 114038 пациентов (98,8%) был достигнут максимальный клинический результат лечения (10 или 12 баллов). Средняя оценка технологического результата лечения у них составила 11,7 балла, а функционального результата лечения – 10 баллов.

Отклонение от эталона клинического результата лечения имело место у 1356 пациентов, что составило 1,2%. Динамика его частоты за исследуемые периоды распределилась следующим образом: в 2010 г. – 423 (1,9%); в 2011 г. – 267 (1,16%); в 2012 г. – 227 (1,01%); в 2013 г. – 236 (0,97%); в 2014 г. – 203 (0,86%).

При этом у 699 пациентов (51,5%), несмотря на снижение оценки технологического результата лечения в среднем до 9,6 балла, а функционального результата лечения – в среднем до 9,9 балла, осложнений во время проведения операции и в послеоперационном периоде не вы-

#### Для корреспонденции:

*Егоров Виктор Васильевич*, докт. мед. наук, профессор, директор Хабаровского филиала ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова» Минздрава России; зав. кафедрой офтальмологии КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» Минздрава Хабаровского края;

*Коленко Олег Владимирович*, канд. мед. наук, зам. директора по медицинской части Хабаровского филиала ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова» Минздрава России; доцент кафедры офтальмологии КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» Минздрава Хабаровского края;

*Балева Ольга Борисовна*, зав. клинично-экспертным отделом;

*Николук Ольга Юрьевна*, врач-офтальмолог клинично-экспертного отдела

Хабаровский филиал ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова» Минздрава России

Адрес: 680033, Хабаровск, ул. Тихоокеанская, 211

Тел.: (4212) 722-792, факс: (4212) 225-121. E-mail: naukakhvmtk@mail.ru

КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» Минздрава Хабаровского края

Адрес: 680000, Хабаровск, ул. Краснодарская, 9

Таблица

## Оценка клинического результата лечения пациентов в Хабаровском филиале за 2010-2014 гг.

Год	Количество пролеченных больных	Отклонение от эталона		
		Эталон Технологический результат – 11,7 б. Функциональный результат – 10,0 б.	Технологический результат – 9,65 б. Функциональный результат – 9,9 б.	Технологический результат – 8,9 б. Функциональный результат – 9,1 б.
2010 г.	22 193	21 770	218	205
2011 г.	22 903	22 636	138	129
2012 г.	22 413	22 186	117	110
2013 г.	24 315	24 079	122	114
2014 г.	23 570	23 367	105	98
Итого	115 394 (100%)	114 038 (98,8%)	699 (1,2%)	

явлено, средний койко-день пребывания в стационаре составил 3,1.

У 657 пациентов из 1356 чел. отмечено снижение оценки технологического результата лечения: в 93 случаях (14,1%) имелись осложнения во время проведения оперативного лечения, а в 564 случаях отмечалось осложненное течение послеоперационного периода (85,9%). С целью повышения клинического результата лечения 411 пациентам были проведены повторные оперативные вмешательства, а 246 пациентам – дополнительный консервативный курс лечения, направленные на купирование осложнений и достижения максимального функционального результата лечения.

Оценка технологического результата лечения у этих пациентов составила в среднем 8,9 балла, функционального результата лечения – 9,1 балла; средний койко-день пребывания в стационаре – 6,7.

Постоянный анализ и разбор причин отклонения клинического результата лечения от эталона позволил существенно уменьшить их за исследуемый период – в 1,7 раза. Так, в 2010 г. было выявлено 423 случая отклонения от эталона клинического результата лечения, а в 2014 г. их число снизилось до 203. Частота операционных осложнений снизилась в 2 раза (25 случаев – в 2010 г. и 12 случаев – в 2014 г.). Систематический анализ полноты диагностического обследования, своевременности и адекватности выбранного лечения

позволил снизить развитие осложнений в послеоперационном периоде в 2 раза (2010 г. – 195 случаев; 2014 г. – 99 случаев).

При исследовании качества ведения 106347 медицинских карт пациентов с различной патологией, завершивших лечение в Филиале в период с 2010 г. по 2014 г., был выявлен 691 факт нарушения ведения медицинской документации (0,65%). Так, в 2010 г. имели дефекты 177 медицинских карт (0,21%); в 2011 г. – 141 (0,17%); в 2012 г. – 137 (0,16%); в 2013 г. – 118 (0,13%); в 2014 г. – 118 (0,11%). На рисунке представлена структура дефектов ведения медицинской документации.

Они выражались в пяти разновидностях дефектов:

1. В 174 медицинских картах (25,2%) обнаружены дефекты качества оформления офтальмологического статуса при поступлении. Так, в 67 картах были недостаточно обоснованы клинический диагноз, адекватность выбранного лечения, имел место несвоевременность назначения тех или иных лечебно-диагностических процедур; в 67 случаях было неправильно оформлено согласие (либо отказ) пациентов на медицинское вмешательство и анестезиологическое пособие, в 40 медицинских картах отсутствовало обоснование на проведение дополнительных методов исследования либо анализ их результатов.

2. В 152 картах (22%) имела место недостаточная обоснованность

продления сроков лечения и динамики течения заболевания. В 67 из 152 случаев была выявлена малая информативность дневниковых записей и этапных эпикризов. В 42 медицинских картах обнаружены недопустимые и необоснованные сокращения, исправления, использование штриха, затруднительный для прочтения почерк. Отмечено также 43 факта неадекватного расчета доз лекарственных препаратов, мониторинга их применения.

3. В 150 медицинских картах (21,7%) страдало качество проведения экспертизы временной нетрудоспособности. Так, в 85 из 150 медицинских карт было выявлено отсутствие подробных экспертных дневниковых записей при проведении экспертизы нетрудоспособности. Зарегистрировано также 35 фактов несвоевременного направления больного на врачебную комиссию для продления листка нетрудоспособности. В 19 случаях листок нетрудоспособности был выдан несвоеременно, в 11 случаях он был некорректно продлен.

4. Выявлено 139 медицинских карт с дефектом сбора анамнеза, что составило 20,2%. В 66 из 139 медицинских карт было отмечено отсутствие полноты и детализации жалоб больного, ранее перенесенных заболеваний и полученного лечения; в 44 случаях зарегистрированы дефекты ведения записей заключительных диагнозов; в 29 медицинских картах не была отражена информация



Рис. Структура дефектов ведения медицинской документации

о непереносимости лекарственных средств.

5. В 76 медицинских картах были обнаружены дефекты оформления данных об исходе заболевания (10,9%), из них в 48 случаях имело место отсутствие подробного изложения рекомендаций по дальнейшему лечению пациента и рекомендуемому ему режиму, в 25 медицинских картах имело место неполное оформление офтальмологического статуса либо в выписном эпикризе, либо в справке амбулаторного больного.

Постоянный анализ и разбор всех видов дефектов ведения первичной медицинской документации позволили уменьшить их за исследуемый период времени в 1,5 раза. Так, если в 2010 г. было зарегистрировано 20 случаев отсутствия правильно оформленного согласия (либо отказа) пациентов на медицинское вмешательство и анестезиологическое пособие, то в 2014 г. их число снизилось до 9. Если в 2010 г. было 17 случаев недопустимых и необоснованных сокращений, исправлений, использований штриха, затруднительного для прочтения почерка, то в 2014 г. их число уменьшилось до 8 случаев. В последние годы стал более полноценно собираться анам-

нез, детализироваться жалобы пациентов. Было зарегистрировано 8 случаев некачественного сбора анамнеза и жалоб больных в медицинских картах за 2014 г. против 15 случаев – в 2010 г.

По итогам анкетирования за исследуемый период времени с 2010 г. по 2014 г. методом случайного отбора было опрошено 2000 респондентов. По социальному статусу значимых различий не обнаружено и распределялось в течение 4 лет так: работающие пациенты – 34,1%; пенсионеры – 54,3%; студенты, домохозяйки – 11,6%.

Вне зависимости от социального статуса респондентов удовлетворенность профессиональными знаниями врачей и медицинских сестер как при проведении диагностического обследования, так и в случаях лечения в условиях стационара оставалась высокой на всем протяжении исследуемого периода времени и составила 99,7%. Так же 98,3% опрошенных выразили удовлетворенность вежливостью и внимательностью врачей и медицинских сестер во всех подразделениях Филиала.

Параметрами организационного фактора, такими как организация работы отдела координа-

ции, регистратуры, график работы врачей, время ожидания приема в 2010 г., были удовлетворены только 47,3% респондентов. Проведенные за 2011-2012 гг. меры по улучшению организации работы регистратуры, отдела координации и диагностической линии позволили повысить этот показатель до 98,9% в 2014 г.

Учитывая, что уровень удовлетворенности КМП напрямую зависит от бытовых условий пребывания пациентов в Филиале, при анкетировании нами было обращено внимание на такие показатели, как удовлетворенность питанием, санитарно-гигиеническим состоянием в Филиале. Несмотря на то что Филиал построен по мировым стандартам, где комфорт, уют и безопасность пациентов на высоком уровне, тем не менее по результатам исследования в 2010 г. удовлетворенность респондентов этим показателем составила 83,3%, при этом большую часть из них (51,6%) составили работающие, студенты и домохозяйки. Улучшение организации работы столовой, усиление контроля над работой младшего медицинского персонала позволило повысить этот показатель до 99,5% в 2014 г.

Хотелось бы отметить, что, несмотря на имеющиеся недочеты, качество медицинской помощи в целом всегда высоко оценивалось всеми категориями респондентов и колебалось от 98,8% в 2010 г. до 100% в 2014 г.; готовность их к повторному обращению в Филиал составила 96,2% независимо от социального статуса.

## Выводы

1. Применяемая в Филиале система оценки клинического результата лечения пациентов позволяет эффективно выявлять дефекты диагностического обследования и нарушения технологии лечения. Ее использование, по данным анализа за 2010-2014 гг., позволило уменьшить частоту интра- и послеоперационных осложнений в 2 раза.

2. Постоянный мониторинг оценки качества ведения первичной медицинской документации в Филиале играет важную роль для минимизации дефектов её оформления.

Это позволило уменьшить их количество в 1,5 раза за период с 2010 по 2014 гг. и получить положительное экспертное заключение об отсутствии дефектов оказания медицинской помощи при проведении ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

3. Выборочные социологические опросы пролеченных пациентов являются одним из «индикаторных» методов оценки качества медицинской помощи. Степень удовлетворенности пациентов можно использовать для решения проблем повышения результативности лично-профессиональных, медико-социальных, этико-деонтологических качеств не только медицинских работников, но и всего работающего в Филиале персонала.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бадюгина С.П., Балева О.Б., Егоров В.В. Система оценки качества медицинской помощи в Хабаровском филиале ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России // Новые технологии диагностики и лечения заболеваний органа зрения в Дальневосточном регионе: Межрег. науч.-практ. конф.: Сб. науч. работ. – Хабаровск, 2012. – С. 11-15.
2. Бадюгина С.П., Егоров В.В., Диденко Т.Н., Сорокин Е.Л., Ермак С.П. Карта лечебного контроля для оценки результатов хирургического лечения больного в филиале МНТК «Микрохирургия глаза» // Вопросы диагностики и лечения глазных заболеваний: Тез. докл. – Новосибирск, 1990. – С. 141-142.
3. Балева О.Б. Анализ дефектов оформления первичной медицинской документации в Хабаровском филиале ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России // Современные технологии в офтальмологии. – 2014. – № 2. – С. 11-13.
4. Балева О.Б., Бадюгина С.П., Смолякова Г.П. Управление качеством оказания медицинской помощи пациентам в Хабаровском филиале ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России // Новые технологии диагностики и лечения заболеваний органа зрения в Дальневосточном регионе: Межрег. науч.-практ. конф. с междунар. уч.: Сб. науч. работ. – Хабаровск: Изд-во «Полиграф-партнер», 2013. – С. 39-47.
5. Горлач О.А. Управление качеством медицинской помощи. – Хабаровск: Минздрав Хабар. края, 2011. – 98 с.
6. Егоров В.В., Сорокин Е.Л., Бадюгина С.П. Итоги деятельности Хабаровского филиала ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова за 20 лет // Офтальмохирургия. – 2008. – № 3. – С. 41-44.
7. Егоров В.В., Сорокин Е.Л., Бадюгина С.П. и др. О работе ХФ ФГУ «МНТК «МГ» им. акад. С.Н. Федорова Росмедтехнологии» по совершенствованию офтальмологической помощи жителям ДФО // Здоровоохранение Дальнего Востока. – 2008. – № 2. – С. 2-6.
8. Егоров В.В., Сорокин Е.Л., Барбанова Г.И. Возможности использования стандартов качества лечения для улучшения результатов офтальмохирургических вмешательств // Федоровские чтения – 2007: Мат. конф. – М., 2007. – С. 389.
9. Егоров В.В., Сорокин Е.Л., Барбанова Г.И. Использование высоких стандартов оценки качества для повышения результативности хирургического лечения катаракты // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2007. – № 11. – С. 64.
10. Егоров В.В., Сорокин Е.Л., Барбанова Г.И. Перспективы и возможности использования стандартов качества лечения для улучшения результатов офтальмохирургических вмешательств // Доказательная медицина – основа современного здравоохранения: Межд. конгр., 6-й: Мат. – Хабаровск, 2007. – С. 125-128.
11. Егоров В.В., Сорокин Е.Л., Барбанова Г.И. Роль стандартизации качества лечения в повышении результатов высокотехнологичных офтальмохирургических вмешательств // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2006. – № 11. – С. 44-45.
12. Егоров В.В., Сорокин Е.Л., Барбанова Г.И., Дьяченко Ю.Н. Деятельность Хабаровского филиала ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова Росздрава» по повышению доступности и своевременности оказания офтальмологической помощи жителям ДВ // Здравоохранение Дальнего Востока. – 2007. – № 2. – С. 4-8.
13. Ломакин А.Г. Современные тенденции управления качеством медицинской помощи в многопрофильном ЛПУ // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. – 2009. – Т. 4, № 2. – С. 102-109.
14. Методика расчета индикатора клинического результата лечения пациентов с различными видами офтальмопатологии: Метод. рекомендации / ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова Федерального агентства по высокотехнологич. мед. помощи. – М.: Ред.-изд. отдел МНТК «МГ», 2010. – 32 с.
15. Полубенева Е.И., Улумбекова Г.Э., Сайтулов К.И. Клинические рекомендации и индикаторы качества в системе управления качеством медицинской помощи. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 60 с.
16. Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 г. № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» // Российская газета. – 2011. – № 5396. – С. 19.
17. Тахчиди Х.П., Беликова Т.В., Тимошкина Н.Т., Бессарабов А.Н. Управление качеством медицинской помощи в головной организации ФГУ МНТК «Микрохирургия глаза» на примере хирургии катаракты // Офтальмохирургия. – 2007. – № 4. – С. 5-8.
18. Федеральный закон Российской Федерации от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Российская газета. – 2011. – № 5639. – С. 18.

Поступила 21.05.2015



[WWW.OOR.RU](http://WWW.OOR.RU) ОБЩЕСТВО ОФТАЛЬМОЛОГОВ РОССИИ – В ИНТЕРНЕТЕ!