

ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 614.2 : 616 – 053 2/.5 – 08 (045)

СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ В ПЕДИАТРИИ

Н.Н. Шигаев – ГУЗ «Саратовская областная детская клиническая больница», врач статистик-аналитик организационно-методического отдела. E-mail:sodkb@mail.ru

В работе предложена система критериев оценки качества медицинской помощи в педиатрическом стационаре, включающая объективные и субъективные критерии (некоторые из которых были использованы в российской практике впервые), количественные и качественные критерии, прямые и косвенные критерии. Она апробирована для случая сравнительного анализа дневного и круглосуточного стационаров гастроэнтерологического профиля ГУЗ «СОДКБ». Показано, что при меньших финансовых затратах в дневном стационаре обеспечивается высокое качество медицинской помощи детям. Разработанный инструментарий позволяет охарактеризовать результаты принятия экономических, медицинских и управленческих решений в сфере здравоохранения и оценить их социальные последствия.

Ключевые слова: педиатрия, дневной стационар, качество медицинской помощи.

THE SYSTEM APPROACH TO THE ESTIMATION OF MEDICAL CARE QUALITY IN DAY HOSPITAL IN PEDIATRICS

N. N. Shigaev – Saratov Regional Children Clinical Hospital, Statistician-analyst physician. E-mail:sodkb@mail.ru

In the paper the system of criteria for estimation of medical care quality in pediatric hospital is suggested. It contains objective and subjective criteria (some of them were used in Russian practice first time), quantitative and qualitative, direct and indirect criteria. The system was approved for comparative analysis of day and twenty-four-hour hospitals of gastroenterology profile at the Saratov State Regional Children's Clinical Hospital. It was shown that high quality of medical care to children may be achieved at the less financial expenses in day hospital. The implemented set of instruments allows to characterize the results of economic, medical, and administrative decision making in sphere of health care and to evaluate their social consequences.

Key words: pediatrics, day hospital, estimation of medical care.

Актуальность проблемы оценки качества медицинской помощи в России неизменно отмечается в базовых нормативно-правовых документах, посвященных здравоохранению. В «Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в РФ», одобренной постановлением Правительства РФ от 5 ноября 1997 г. № 1387, говорится о необходимости повышения эффективности использования ресурсов в здравоохранении. При этом предлагается «шире использовать дневные формы пребывания пациентов в стационарах», а для качественного оказания медицинской помощи – «обеспечить непрерывность лечебно-диагностического процесса на всех этапах лечения». Программа государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной помощи (утв. Постановлением Правительства РФ от 11 сентября 1998 г., № 1096) включает перечень видов медицинской помо-

щи, оказываемых гражданам РФ бесплатно, в том числе «при плановой госпитализации с целью проведения лечения и реабилитации, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения, в стационарах (отделениях палатах) дневного пребывания больных учреждений». Объёмы медицинской помощи предполагают норматив количества дней лечения – 749, в том числе по базовой программе – 619 дней в стационарзамещающих формах на 1000 человек.

Значительное внимание рассматриваемой проблеме уделяют высшие должностные лица страны. В послании президента РФ В.В. Путина Федеральному собранию от 26 мая 2004 г. говорится: «Одной из главных причин такого положения дел остаётся неэффективность отечественного здравоохранения. И по сей день во всей системе предоставления медицинских

услуг их качество и доступность продолжают снижаться, а затраты только растут». В «Плане мероприятий Минздравсоцразвития России по выполнению Плана действий Правительства РФ на 2006 г. по реализации основных положений Программы социально-экономического развития РФ на среднесрочную перспективу (2006-2008 гг.)» особое внимание уделяется модернизации здравоохранения, причем одним из перспективных направлений рассматривается создание дневных стационаров [11].

Первый дневной стационар в России был открыт более 70 лет назад в московской психоневрологической больнице им. П.Б. Ганнушкина [8]. Однако необходимые предпосылки для широкого распространения этой формы оказания медицинской помощи были созданы лишь в конце XX в. [13, 15]. Прежде всего, появилась нормативно-правовая база - приказ № 438 от 9 декабря 1999 г. Минздрава РФ «Об организации деятельности дневных стационаров в ЛПУ». В соответствии с ним в РФ стала использоваться единая терминология, например, вместо терминов «дневной стационар в поликлинике и стационар дневного пребывания в больнице» - один термин «дневной стационар». Кроме того, приказ регламентирует типовое положение об организации деятельности дневных стационаров, должностную инструкцию заведующего дневным стационаром и т.д.

В настоящее время растёт численность дневных стационаров, увеличиваются количество коек и число пролеченных больных. Врачами накоплен значительный опыт работы [1, 5]. В целом успешно решается поставленная в 1999 г. задача сделать лечение более экономичным для бюджета и удобным для пациента. Однако остаются и нерешенные проблемы. Одной из наиболее сложных является оценка качества медицинской помощи [3]. Она предполагает определение критериев и показателей оценки работы дневного стационара (объективных и субъективных, прямых и косвенных, количественных и качественных), мониторинг мнения родителей и родственников пациентов о качестве медицинского обслуживания, разработку карт изучения отдаленных последствий лечения, карт экспертной оценки организации в целом и отдельных структурных подразделений и специалистов и т.д. [12]. В частности, речь идёт о составлении алгоритмов получения медицинских услуг для пациентов дневного стационара и плановых больных, находящихся в стационаре [6].

Согласно информационному письму по педиатрической службе за 2006 г., МЗ и СП Саратовской области активно использовались стационарзамещающие формы работы. В области функционировали 278 коек дневного пребывания на базе детских отделений стационаров (в 2005 г. - 284, в 2004 г. - 284) и 220 коек дневного стационара на базе поликлиник (в 2005 г. - 239, в 2004 г. - 124). В течение 2006 г. на койках дневного пребывания на базе детских отделений пролечено 5569 детей (в 2005 г. - 6107, в 2004 г. - 6292), что составило 10% (в 2005 г. - 10,7%, в 2004 г. - 10,4%) от общего количества пролеченных больных за год; на койках дневного стационара при поликлиниках - 8972 ребёнка (в 2005 г. - 10726, в 2004 г. - 5269). В 2005 г. стационарзамещающие формы использовались на 22 административных территориях Саратовской области, а в 2006 г. - практически на всех.

В данной статье предлагается системный подход к оценке качества медицинской помощи в дневном

стационаре в педиатрии. Разработана и апробирована система критериев и показателей, характеризующих качество медицинской помощи, эффективность работы дневного и круглосуточного стационаров, включая удовлетворенность родителей и родственников больных детей. Она может быть положена в основу соответствующих методов управления, контроля, оценки и прогнозирования качества медицинской помощи в стационарзамещающих формах, научно обоснованных рекомендациях по расширению сети альтернативных методов госпитализации на уровне программ, приказов и методических рекомендаций.

Целью данного исследования является сравнительный анализ качества медицинской помощи в дневном и круглосуточном стационарах.

Материалы и методы исследования

Объектом исследования являлись больные гастроэнтерологического отделения, прошедшие через дневной стационар (358 детей), и больные гастроэнтерологического отделения, прошедшие через круглосуточный стационар (120 детей) ГУЗ «САРАТОВСКАЯ ОБЛАСТНАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА» (СОДКБ). Анализ медицинских карт осуществлялся с помощью временных отраслевых стандартов объёма медицинской помощи детям, утвержденных приказом МЗ РФ от 7.05.98, № 151; формуляра лечения больных гастроэнтерологического профиля, утверждённого главным врачом ГУЗ «СОДКБ» 29.12.2001; стандартов объёма специализированной медицинской помощи детям, находящимся в ОДКБ; статистических данных о коечном фонде (оперативных данных использования гастроэнтерологических коек дневного и круглосуточного пребывания в ГУЗ «СОДКБ» за 1998-2006 гг.); статистических данных о дневных педиатрических стационарах области (основные показатели медицинского обслуживания детей за 2003-2005 гг.); статистических данных о дневных педиатрических стационарах области (информация о ходе выполнения президентской программы «Дети России» за 2003-2006 гг.). Основным методом исследования являлся *сравнительный анализ* оценок качества медицинской помощи в дневном и круглосуточном стационарах. С его помощью определялись параметры, по которым дневной стационар превосходил круглосуточный или уступал ему. Обнаруженные различия проверялись на статистическую значимость. Вторым по важности являлся *лонгитюдный метод*, позволивший оценить тенденции изменения оценок качества медицинской помощи дневных и круглосуточных стационаров на протяжении пяти лет. В исследовании применены методы дескриптивной (описательной) статистики: табулирование данных, т.е. представление их в виде различных таблиц; ранжирование данных в порядке убывания или возрастания; графическое представление данных в виде диаграмм, рисунков, схем, чертежей, в частности, гистограмм и полигонов; усреднение данных и вычисление мер отклонения от среднего. Обработка данных и проверка статистических гипотез осуществлены с помощью пакета статистических программ SPSS (статистический пакет для социальных наук).

Основные критерии оценки представлены в таблице 1. Они были апробированы нами на вышеописанной выборке больных гастроэнтерологического отделения, прошедших через дневной и круглосуточный стационары ГУЗ «СОДКБ» соответственно.

Результаты и их обсуждение

В качестве основного заболевания был выбран хронический гастродуоденит как самое распространённое заболевание данной патологии детского возраста [7, 10]. Среднее число поражённых систем у пациента было равно 2,0 в случае круглосуточного стационара и 1,6 - дневного. Среднее количество сопутствующих заболеваний по данной патологии равно 1,3 для круглосуточного стационара и 1,3 - для дневного. Среднее количество всех сопутствующих заболеваний равно 2,6 для круглосуточного стационара и 2,2 - для дневного. Средний возраст больных в круглосуточном стационаре - 11,4 г., в дневном - 11,2 г.

Оценки качества медицинской помощи для дневного и круглосуточного стационаров гастроэнтерологического профиля проводились в соответствии с выбранными критериями. Из таблицы 2 видно, что *интенсивность оказания медицинской помощи в дневном стационаре оказалась ниже, чем в круглосуточном, в основном за счёт снижения интенсивности диагностики и интенсивности лечения*. При этом интенсивность оказания медицинской помощи при хроническом гастродуодените в дневном стационаре по сравнению со средним при всех заболеваниях гастроэнтерологического профиля соотносилась как 1,39 к 1,43, т.е. была несущественно ниже, а в круглосуточном стационаре соотносилась как 2,95 к 2,15, т.е. была существенно выше.

Последнее обстоятельство обусловлено как повышенной интенсивностью диагностики (соотношение 2,32 к 1,76), так и повышенной интенсивностью лечения (соотношение 0,63 к 0,39).

Диагностические исследования проводились как в круглосуточном, так и дневном стационарах. Среди них: ОАК, ОАМ, копрограмма, кал на простейшие, кал на яйца глистов, соскоб на яйца глистов. Для диагностики использовались УЗИ и ФГДС. ФГДС в круглосуточном стационаре проводилась в 80,6% случаев оказания медицинской помощи. Несколько иная картина наблюдалась в дневном стационаре. ФГДС проводилась в 72,6% случаев (не проводилась при отказах родителей, при негативной реакции детей на проведение эндоскопического обследования, если осуществлялась ранее и более не требовалась).

Лечение состояло из медикаментозной терапии, физиотерапии, ЛФК, массажа. Физиотерапия включала, в основном, лазеротерапию или магнитотерапию. Медикаментозная терапия в дневном стационаре проводилась во всех случаях лечения, причем лечение в виде только медикаментозной терапии потребовалось в 31,6% случаев.

Один медикаментозный препарат назначался в 9,2% случаев, два - 46,9%, три - 29,6% случаев, четыре - 8,2% случаев, пять - 4,1% случаев, шесть - 2,0% случаев. Медикаментозная терапия в круглосуточном стационаре назначалась в 97% случаев оказания медицинской помощи, лечение в виде только медикаментозной терапии потребовалось в 5,6% случаев. Один медикаментозный препарат назначался в 13,9% случаев, два - 44,4%, три - 33,3% случаев, четыре - 2,8% случаев, пять - 2,8% случаев. В круглосуточном стационаре по сравнению с дневным стационаром чаще назначалась медикаментозная терапия, состоящая из одного лекарственного средства и из трёх, медикаментозная терапия из шести препаратов не проводилась вообще.

В круглосуточном стационаре хронический гастродуоденит составил 56,3% случаев среди всех нозологий (в дневном стационаре - 38,3%). В круглосуточном стационаре хронический гастродуоденит в виде сопутствующего заболевания, наряду с другими, встретился в 9,4% случаев (в дневном стационаре - 6,3%). Лечение проводилось согласно утверждённому стандарту лечения. Среди медикаментозных препаратов в основном применялись антациды - 63,9% и антисекреторные препараты - 47,2%. Среди антацидов чаще использовался викаир - 36,1%, а среди препаратов антисекреторной терапии промез - 41,7%. Протекторы слизистой оболочки назначались в 27,8% случаев. Антихеликобактерная терапия, направленная на этиологический фактор, применялась в 25% случаев, при этом двойная антихеликобактерная терапия использовалась в 33,3% случаев применения антихеликобактерной терапии. Прокинетики, улучшающие моторно-эвакуаторную функцию ЖКТ, назначались в 11,1% случаев. Вышеперечисленные препараты, направленные на лечение хронического гастродуоденита как основного заболевания, в основном назначались в виде монотерапии, два препарата - в 38,9% случаев, три препарата - в 5,6% случаев.

Среди лекарственных средств медикаментозной терапии основного заболевания антихеликобактерные препараты оказались на третьем месте по частоте использования - 54,8% случаев. Таким образом, лечение в этом случае проводилось против основного этиологического фактора - бактерии *Helicobacter pylori*, вызывающего или утяжеляющего заболевание. При этом применялись как традиционно используемые средства (например, метронидазол), так и более современные (например, сумамед, макмирор). Тройная антихеликобактерная терапия проводилась в 20,1% случаев, двойная антихеликобактерная терапия проводилась в 23,5% случаев. На втором месте среди назначаемых препаратов находились антисекреторные средства, в основном ингибиторы протонной помпы. Если в круглосуточном стационаре основным препаратом антисекреторной терапии являлся промез (41,7% случаев), то в дневном стационаре - омепразол (33,9% случаев), хотя промез также использовался (в 12,9% случаев). В целом антисекреторная терапия применялась в 71,0% случаев. На первом месте среди применяемых лекарств при хроническом гастродуодените в дневном стационаре оказались протекторы слизистой оболочки (82,3% случаев). Безусловным лидером данной группы стал гастрофарм - 41,9% случаев. Вентер по сравнению с ним использовался гораздо реже, в 22,6% случаев. Антациды и прокинетики назначались одинаково часто (22,6% случаев).

Отметим, что *интенсивность медикаментозной терапии, направленной на непосредственное лечение гастродуоденита, особенно выражена в дневном стационаре*. Преобладают протекторы слизистой оболочки, антисекреторные препараты, антихеликобактерная терапия. Три препарата из данных групп назначались в 17,7% случаев, два препарата - в 59,7% случаев. Интенсивность медикаментозного лечения специфического воздействия для круглосуточного стационара ниже, но она высока для антацидов и антисекреторной терапии. Так как сопутствующих заболеваний в круглосуточном стационаре диагностируется больше, чем в дневном, можно утверждать, что в кругло-

суточном стационаре уделяется больше внимания лечению сопутствующих заболеваний, чем в дневном, хотя результаты лечения примерно одинаковы: улучшение наблюдалось в более чем в 90% случаев.

Для оценки качества медицинской помощи гастроэнтерологическим больным могут быть использованы экспертные оценки трёх типов: категорические, условные и вероятные. В данном исследовании применялись только условные экспертные оценки. Выполнение стандарта диагностики и лечения по основному заболеванию в дневном стационаре составило в обоих случаях более 65%, а для круглосуточного стационара – более 60% и 70% соответственно. Таким образом, согласно экспертной оценке стандарт диагностики и лечения выполняется как в круглосуточном, так и в дневном стационарах. При этом в круглосуточном стационаре терапия носит более узко направленный характер и ориентирована главным образом на основное заболевание, а стандарт диагностики соблюдается лучше в дневном стационаре.

Опишем некоторые парциальные показатели. Удельный вес аппаратных и инструментальных исследований в диагностике хронического гастродуоденита составил 16% в дневном стационаре и 15% - в круглосуточном. Удельный вес медикаментозной терапии в лечении хронического гастродуоденита в дневном и круглосуточном стационарах составил 76% и 69% соответственно. Результативность консультаций, оцениваемая процентом выявления патологий систем организма не гастроэнтерологического профиля, в дневном стационаре составила 20%. При этом на одного больного с основным заболеванием хронический гастродуоденит на весь период лечения приходилась в среднем одна консультация негастроэнтерологами. Для круглосуточного стационара эти показатели равны 37% и две консультации соответственно.

Выводы

Из проведенного исследования вытекают следующие основные выводы:

1. Системный подход к оценке качества медицинской помощи позволил разработать систему критериев качества медицинской помощи в педиатрическом стационаре, включающую:

а) объективные/субъективные критерии. К объективным в рамках проведенного исследования относились следующие критерии (некоторые из которых были использованы в российской практике впервые): длительность госпитализации, наличие ранее проведенного лечения, состояние больного при выписке, интенсивность лечения и диагностики, интенсивность и результативность консультативной помощи, соответствие стандарту лечения и обследования. Важнейшим интегральным субъективным показателем являлась удовлетворенность пациента (в иностранной литературе наряду с ним используется показатель «понимание нужд потребителя»). Его детерминантами служат удовлетворенность ребенка своим здоровьем после лечения, удовлетворенность состоянием здоровья ребенка его родителями и родственниками, удовлетворенность клиентов качеством оказанной медицинской помощи, удовлетворенность бытовыми условиями и уходом, удовлетворенность взаимоотношениями с персоналом (администрацией, врачами, медицинскими сестрами, санитарками, охраной). Для оценки удовлетворенности пациентов, как правило, используются специально разработанные вопросы-

ки [9]. Результаты анкетирования дополняются анализом документов (жалоб, предложений, приказов о поощрениях и административных взысканиях медицинских работников), наблюдением и беседами. Важную роль играет проведение экспертизы медицинской помощи в рамках клиничко-экспертной работы больничного учреждения. К субъективным показателям относятся также престиж больницы, авторитет врачей и т.д.;

б) количественные/качественные критерии. При прочих равных условиях предпочтение в исследовании отдавалось количественным критериям перед качественными [2, 4]. Предложены новые индикаторы качества медицинской помощи, характеризующие интенсивность лечения и диагностики, значение которых зависит от числа лечебных процедур и диагностических процедур, а также длительности госпитализации в койко-днях. Как показало исследование, важное значение для пациентов имеют также своевременность назначения и выполнения диагностических исследований и процедур. Качественные показатели были представлены оценочными утверждениями, учитывающими обоснованность госпитализации (обоснована, не обоснована, сомнительна), исход заболевания (улучшение, ухудшение, без перемен) или наличие инвалидности (ребёнок-инвалид по данному заболеванию, ребёнок-инвалид по другому заболеванию, ребёнок не инвалид);

в) прямые/косвенные критерии. К прямым относятся такие показатели, которые указывают непосредственно на объект качества, при этом подразумевается, что субъектом качества является врач или лечебное учреждение в целом. Среди прямых показателей выделяются ресурсные (наличие необходимого оборудования и расходных материалов) и кадровые характеристики (квалификация персонала), наличие соответствующих медицинских технологий и результаты лечения – социальный результат (ребёнок выздоровел, ребёнок продолжает болеть и получать лечение амбулаторно или в другом стационаре, ребёнок берётся на диспансерный учёт или становится инвалидом с получением соответствующего пособия). Косвенные показатели не связаны непосредственно со здоровьем. К ним можно отнести изменение успеваемости и посещаемости в школе (не считая дни, пропущенные по болезни), участие в соревнованиях и занятия в общей группе на уроках физкультуры, послешкольную активность ребёнка (посещение кружков, спортивных секций) и т.д.

2. Для сравнения качества технологии медицинской помощи были впервые предложены следующие параметры: максимальное выполнение стандарта, средние параметры выполнения стандарта, минимальное выполнение стандарта. В большинстве случаев параметры качества технологии медицинской помощи незначительно отличаются для дневного и круглосуточного стационаров. При сравнении параметров по всем заболеваниям предпочтение может быть отдано дневному стационару. Максимальное выполнение стандарта диагностики по основному заболеванию также соблюдается лучше в дневном стационаре. Таким образом, при меньших финансовых затратах в дневном стационаре обеспечивается высокое качество технологии медицинской помощи детям.

3. Проанализированы изменения некоторых показателей в зависимости от наличия и числа сопутствующих заболеваний. Установлено, что с ростом числа сопутствующей патологии резко снижается стандарт лечения, т.е. возможность придерживаться определённой схемы лечения. Улучшение выполнения стандарта диагностики положительно коррелирует с увеличением ее интенсивности. Количество консультаций достигает своего максимального значения при снижении выполнения стандарта консультаций.

4. В условиях дневного стационара гастроэнтерологического профиля ГУЗ «СОДКБ» удаётся поддерживать высокий уровень качества технологии оказания медицинской помощи как при минимальном числе сопутствующих заболеваний или их отсутствии, так и при высоком числе сопутствующей патологии, в том числе и не гастроэнтерологического профиля.

5. Выделение критериев качества медицинской помощи является условным. Однако, как показало исследование, оно позволяет более полно охарактеризовать результаты принятия экономических, ме-

дицинских и управленческих решений в сфере здравоохранения и оценить их социальные последствия. В частности, они незаменимы при сравнении различных форм организации и оказания медицинской помощи населению, одной из которых является дневной стационар. Он позволяет больным детям вести активный образ жизни, избегать по возможности потенциально вредного влияния госпитальных условий, отрыва от семьи, сохранять привычный режим, домашнее окружение и пищу (терапия средой), ускоряет возвращение пациентов к учебной деятельности, позволяет лечиться без прекращения учебы. При этом многие из существующих организационных дефектов могут быть устранены силами самого стационара или даже конкретного отделения. Дневные стационары могут финансироваться из источников, не запрещенных законодательством [14]. В них могут оказываться медицинские и оздоровительные услуги за счёт средств добровольного медицинского страхования и граждан.

Таблица 1

Критерии оценки технологии качества медицинской помощи

Критерии	Обозначение	Трактовка (оценка)	Автор метода
1. Показатель результативности консультативной помощи	Число поражённых систем организма минус один, делённое на число консультаций	Под результатом понимается установка соответствующего диагноза специалистом (по определённой поражённой системе)	Собственная разработка
2. Удельный вес инструментальных и аппаратных исследований во всех диагностических исследованиях (в %)	Число инструментальных и аппаратных исследований, делённое на число всех диагностических исследований, умноженное на 100	Доля данных исследований среди всех диагностических исследований	Собственная разработка
3. Удельный вес медикаментозного лечения среди всех лечебных мероприятий (в %)	Число медикаментозных методов лечения (число назначенных лечебных препаратов), делённое на число назначенных всех видов лечения (всех видов лечебных назначений)	Доля медикаментозных назначений среди всех лечебных назначений	Собственная разработка
4. Показатель интенсивности диагностических исследований	Число диагностических исследований за весь период данной госпитализации, делённое на число койко-дней данной госпитализации	Среднее число диагностических исследований за один койко-день	Собственная разработка
5. Показатель интенсивности лечебных мероприятий	Число лечебных мероприятий за весь период данной госпитализации, делённое на число койко-дней данной госпитализации	Среднее число лечебных мероприятий за один койко-день	Собственная разработка
6. Показатель интенсивности консультативной помощи	Число консультаций, делённое на число койко-дней данной госпитализации	Среднее число консультаций, проведённых за один день данной госпитализации	Собственная разработка
7. Показатель интенсивности медицинской помощи	Сумма показателей интенсивности диагностических исследований и интенсивности лечебных мероприятий.	Среднее число диагностических исследований и лечебных мероприятий за один койко-день	Собственная разработка

**Оценки качества медицинской помощи для дневного и круглосуточного стационаров
гастроэнтерологического профиля**

№№ критериев	Дневной стационар	Круглосуточный Стационар
1.	0,245	0,43
2.	15,7	16,6
3.	71,9	64,1
4.	1,14	2,32
5.	0,25	0,63
6.	0,088	0,201
7.	1,39	2,95

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Адамян А.Т. Опыт работы по развитию стационарзамещающих технологий в Томской области / А.Т. Адамян // *Здравоохранение*. - 2003. - № 11. - С. 43-49.

2. Алексеев Н.А. Использование медико-экономических стандартов в деятельности стационара многопрофильной больницы / Н.А. Алексеев, Н.П. Батина // *Здравоохранение РФ*. - 2003. - № 1. - С. 13-15.

3. Голубева Л.П. Экспертная оценка качества лечебно-диагностического процесса / Л.П. Голубева, И.П. Боброва // *Здравоохранение*. - 2004. - № 7. - С. 38-42.

4. Даненков А.С. О повышении эффективности работы дневного стационара / А.С. Даненков, Н.А. Даненкова // *Здравоохранение*. - 2004. - № 5. - С. 37 - 39.

5. Доронина Л.А. Качество госпитальной педиатрической помощи и пути его совершенствования в республике Татарстан / Л.А. Доронина, С.А. Валиулина // *Казанский медицинский журнал*. - 2005. - № 4. - Т. 83. - С. 349-350.

6. Деркач Е.В. Стандарты организации работы в системе здравоохранения / Е.В. Деркач, В.В. Бальчевский, М.В. Авксентьева // *Главврач*. - 2005. - № 4. - С. 41-45.

7. Эффективность лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в дневном стационаре / А.И. Зайцев, С.В. Баканова, Л.А. Сазонова и др. // *Здравоохранение РФ*. - 2002. - № 3. - С. 18-20.

8. Зыятдинов К.Ш. Дневные стационары (стационарзамещающие формы оказания медицинской помощи населению): Руководство для врачей / К.Ш. Зыятдинов, Л.И. Рыбкин. - М.: Медиапресс.- 2000. - 95 с.

9. Набережная Ж.Б. Анализ удовлетворённости больных медицинской помощью в стационарах / Ж.Б. Набережная, А.Г. Сердюков // *Управление качеством*. - 2005. - № 3. - С. 49-54.

10. Особенности гастроэнтерологической патологии у детей и пути оптимизации гастроэнтерологической помощи / Е.В. Назарова, Ю.Г. Кузьмичёв, А.В. Леонов и др. // *Здравоохранение РФ*. - 2006. - №1. - С. 32.

11. Об итогах работы органов и учреждений здравоохранения в 2002 году и мерах по повышению качества медицинской помощи населению (по материалам доклада Министерства здравоохранения Российской Федерации на итоговой коллегии 18- 21 марта 2003г.) // *Здравоохранение*. - 2003. - № 6. - С. 12-23.

12. Семенов В.Ю. Проблемы управления качеством медицинской помощи / В.Ю. Семенов // *Здравоохранение*. - 2004. - №3. - С. 20-24.

13. Сквирская, Г.П. О развитии стационарзамещающих форм организации и оказания медицинской помощи населению / Г.П. Сквирская // *Здравоохранение*. - 2000. - № 1. - С. 5-10.

14. Стародубов, В.И. Экономические медико-организационные основы деятельности дневного стационара на базе больничного учреждения / В.И. Стародубов, А.А. Калининская, Г.П. Сквирская и др. // *Здравоохранение*. - 2001. - № 1. - С.31-35.

15. Столяров, С.А. Анализ работы стационарзамещающих форм организации медицинской помощи / С.А. Столяров, Е.П. Шатунова, И.А. Никулина // *Здравоохранение*. - 2000. - № 12. - С. 17-19.

