

# КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014  
УДК 614.2:616-082

*Матыцин Н.О.<sup>1</sup>, Богачанская Н.Н.<sup>2</sup>, Слюсарь И.В.<sup>2</sup>, Аверченко Е.А.<sup>3</sup>, Баранов А.И.<sup>3</sup>, Казакова А.А.<sup>4</sup>*

## АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА ВРАЧЕЙ

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО "Первый МГМУ им. И.М. Сеченова", 119991, Москва, Россия; <sup>2</sup>НИИ социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования ГБОУ ВПО "Первый МГМУ им. И.М. Сеченова", 119991, Москва, Россия; <sup>3</sup>Государственное казенное учреждение Департамента здравоохранения Юго-западного административного округа, 117403, Москва, Россия; <sup>4</sup>Волгоградский государственный медицинский университет, 400131, Волгоград, Россия

Для корреспонденции: Матыцин Никита Олегович (n.matytsin@gmail.com)

Исследование аспектов (факторов), определяющих качество медицинской помощи (КМП), позволяет найти механизмы воздействия на них в процессе управления качеством. На основании международных исследований выделены и использованы в социологическом опросе 6 аспектов (факторов), влияющих на КМП: ориентация на пациента, сотрудники, организация процесса, информация и знания, использование ресурсов, управление процессом. Социологический опрос врачей дал возможность провести предварительную оценку и выявить необходимые направления углубленного анализа определенных аспектов (факторов), влияющих на КМП. По результатам социологического опроса врачей в исследовании определены инструменты для повышения эффективности управления качеством в медицинской организации.

**Ключевые слова:** *качество медицинской помощи; социологический опрос; управление качеством; контроль качества; фактор; медицинская организация; врач; пациент.*

**Для цитирования:** Социология медицины. 2014; 13 (2): 37—42.

*Matitsin N.O.<sup>1</sup>, Bogachanskaia N.N.<sup>2</sup>, Slusar I.V.<sup>2</sup>, Averchenko E.A.<sup>3</sup>, Baranov A.I.<sup>3</sup>, Kazakova A.A.<sup>4</sup>*

## THE ANALYSIS OF FACTORS DETERMINING QUALITY OF MEDICAL CARE: APPLICATION OF SOCIOLOGICAL SURVEY OF PHYSICIANS

<sup>1</sup>The I.M. Sechenov first Moscow medical university of Minzdrav of Russia, 119992, Moscow, Russia;

<sup>2</sup>The research institute of sociology of medicine, health economics and medical insurance of the I.M. Sechenov first Moscow medical university of Minzdrav of Russia, 119992, Moscow, Russia;

<sup>3</sup>The health department of the south-western administrative okrug, 117403, Moscow, Russia;

<sup>4</sup>The Volgograd state medical university, 400131, Volgograd, Russia

The investigation of aspects (factors) determining quality of medical care permits to find out mechanisms of effecting them in the process of quality management. The results of international studies were outlined and applied in sociological survey concerning six aspects (factors) effecting quality of medical care: orientation to patient, personnel, organization of process, information and knowledge, resources application, process management. The sociological survey of physicians gave an opportunity to carry out a preliminary evaluation and to reveal necessary directions of profound analysis of particular aspects (factors) effecting quality of medical care. According the results of sociological survey of physicians the tools were determined to enhance effectiveness of quality management in medical organization.

**Key words:** *quality; medical care; sociological survey; quality management; quality control; factor; medical organization; physician; patient.*

**For citation:** Sociologia meditsini. 2014; 13 (2): 37—42.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рекомендует расценивать большинство причин низкого качества медицинской помощи (КМП) как следствие недостатков системы ее организации, а не отдельных медицинских специалистов или медицинских изделий.

Исследование аспектов (факторов), определяющих КМП, позволяет найти механизмы воздействия на них в процессе управления качеством.

В настоящее время сбор данных и измерение основных показателей КМП осуществляются различными методами. Одним из способов получения информации являются инструменты обратной связи с пациентами

[1—4] (анкетирование, "горячие линии", отзывы на интернет-ресурсах, книга жалоб и предложений и др.). Более формализованные способы предусматривают выполнение анализа медицинской помощи с опорой на систему индикаторов качества [5—7], а также проведение регулярного внешнего и внутреннего аудита на соответствие законченных случаев утвержденным стандартам и порядкам оказания медицинской помощи [8, 9]. Для углубленного изучения вопросов, связанных с КМП, применяют медико-социологические исследования с использованием метода анкетирования и опроса сотрудников медицинских организаций [10—12].

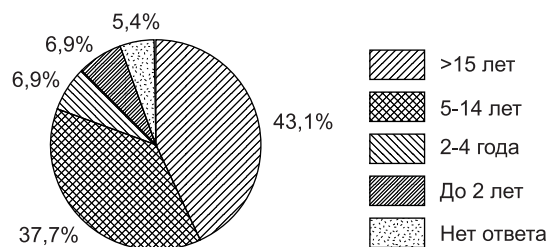


Рис. 1. Распределение врачей по стажу работы.

В соответствии с концепцией всеобщего управления качеством в сфере оказания медицинской помощи (total quality management — TQM) изучение мнения врачей представляет собой часть общей оценки процесса обеспечения качества в медицинской организации [6, 10, 13, 14]. Исходя из указанного тезиса, авторы инициировали проведение медико-социологического исследования для изучения факторов, влияющих на КМП. Базой исследования была выбрана одна из крупных многопрофильных больниц г. Москвы. В исследовании приняли участие все врачи, состоящие в постоянном штате учреждения ( $n = 130$ ). Ведущим методом исследования был выбран сплошной анонимный анкетный опрос как наиболее доступный и информативный метод для достижения цели исследования.

Методология и инструментарий исследования были разработаны авторами в 2013—2014 гг. в ходе нескольких последовательных этапов: разработки, экспертизы, пилотажного исследования, корректировки, основного (полевого) этапа. Анализ научной литературы и данных международных исследований по сходной тематике позволил на этапе формирования программы исследования и разработки инструментария выделить 6 значимых факторов, влияющих на качество медицинской помощи: информацию и знания; организацию процесса; сотрудников; управление процессом; использование ресурсов; ориентацию на пациента [6, 15—19].

Итоговый инструментарий (анкета) включал 6 блоков (в соответствии с выделенными факторами), 43 вопроса, в числе которых были закрытые, полужакрытые и открытые вопросы. Открытая форма вопросов позволила получить более широкую информацию по некоторым ключевым моментам исследования. Статистическая обработка и анализ данных проведены с использованием прикладной программы SPSS Statistics (версия 20.0). Анализ полученных данных позволил сформулировать ряд выводов и предложений по теме исследования.

В опросе приняли участие 54,6% мужчин и 45,4% женщин. Возрастной состав респондентов: от 36 до 54 лет — 59,5%, до 35 лет — 31,9%, старше 55 лет — 8,6%. Немаловажно, что в исследовании большинство составили врачи, которые имели большой опыт работы (рис. 1).

Содержательный анализ данных опроса был осуществлен в соответствии с выделенными информативными блоками в анкете и представлен ниже.

**Первый информативный блок "Информация и знания о качестве медицинской помощи"** сфокусирован на выявлении мнения врачей об имеющейся в медицинской организации информации о КМП, доступности и актуальности этой информации для специалистов.

Полученные данные показывают, что при направлении пациента на консультацию к другому специалисту лишь немногим более половины врачей (53,1%) располагают данными, характеризующими показатели КМП этого специалиста — "объективную количественную информацию о лечении, такую как процент пациентов, получающих рекомендуемое лечение, количество положительных исходов лечения и т. д."

Примечательно, что личное мнение респондентов о качестве работы медицинского специалиста-коллеги явилось важным аспектом при принятии решения о направлении к нему пациента на консультирование (табл. 1).

Показательно, что личный опыт взаимодействия с конкретным специалистом "так же" (43,1%) или "более важен" (43,1%) для врачей, чем данные о качестве оказываемых им медицинских услуг. Неожиданным результатом явилась низкая ориентация врачей на учет мнения пациента о специалисте, к которому выписывается направление: 58,3% считают эту информацию менее важной, чем имеющиеся у них данные о профессионализме коллеги. Вместе с тем сегодня на государственном уровне среди критериев доступности и качества предоставления медицинской помощи оказалась именно "удовлетворенность населения" качеством услуг [1].

Одним из ключевых аспектов для эффективного управления медицинской организацией является организация системного учета и анализа данных об ошибках и недочетах во врачебной деятельности. Результаты исследования указывают на необходимость дополнительного анализа этого аспекта в медицинской организации: только 51,9% врачей информированы о том, что в их учреждении осуществляется систематизация таких данных, более 1/4 (28,7%) опрошенных не знают о подобной деятельности и еще 19,4% медиков считают, что такого учета в их учреждении не ведется.

Заметим, что объективные показатели о КМП, оказываемой конкретным врачом, являются определяющими для оценки эффективности его работы. Доступ врача к данным о КМП, которую он оказывает, позволяет ему сравнивать результаты своей работы с результатами российских и международных коллег. Эти данные позволяют врачу не только определить области для совершенствования своей профессиональной деятельности, но и наметить стратегии повышения квалификации, личностного развития, пересмотра устоявшейся практики межличностного общения с коллегами,

Таблица 1

Важность данных о КМП по отношению к другой информации о специалисте-коллеге

Информация	Важность данных, %		
	менее важно, чем данные о КМП	так же важно, как данные о КМП	более важно, чем данные о КМП
Репутация врача среди коллег	18,9	49,1	32,0
Профессиональная квалификация врача (научные звания, курсы повышения квалификации, стажировки и т. д.)	25,0	40,3	34,7
Личный опыт взаимодействия с врачом	13,8	43,1	43,1
Мнение пациентов о враче	58,3	30,0	11,7

пациентами, руководством. При этом лишь 46,9% опрошенных врачей указали, что имеют доступ к данным о качестве оказываемой ими медицинской помощи.

**Второй информативный блок вопросов "Организационное обеспечение качества врачебной помощи в медицинской организации"** посвящен изучению особенностей организации процесса предоставления медицинских услуг и взаимодействию между медицинскими специалистами.

Так, преобладающее большинство опрошенных врачей (84,3%) отмечают, что им приходится сталкиваться с ошибками/недочетами в работе своих коллег.

Как свидетельствуют данные, представленные на рис. 2, наиболее часто врачи сталкиваются с ошибками/недочетами в работе врачей, выполняющих УЗИ (31,1%), врачей-неврологов (25,2%), врачей приемного отделения (23,3%). Однако эта информация еще не означает, что перечисленные врачи менее компетентны, чем другие специалисты, а лишь указывает на то, что требуется дополнительное изучение объективной информации об особенностях предоставления услуги, материально-техническом оснащении, условиях работы специалиста для повышения качества организации оказания медицинской помощи.

Интересно, что, оценивая систему предупреждения и сокращения количества медицинских ошибок, почти половина (47,7%) респондентов положительно оценили ее эффективность, однако 1/3 (32,8%) опрошенных считают ее неэффективной.

Кроме того, по мнению респондентов, организационное обеспечение качества врачебной помощи в медицинской организации в настоящий момент носит непоследовательный и несбалансированный характер. Так, более 80% врачей отмечают распространенность необоснованных направлений на консультацию к пациенту в другое отделение (табл. 2).

Как показывают результаты, особого внимания требует организация медицинской помощи в отделениях неврологии и терапии.

**В третьем информационном блоке вопросов "Ориентация сотрудников на повышение качества предоставляемых услуг"** изучалась заинтересованность врачей в работе, мотивированность и стремление к повышению своего профессионального уровня, удовлетворенность трудом.

По данным опроса, в среднем врачи оценивают удовлетворенность своим трудом в 7 баллов из 10, полностью удовлетворены своей работой лишь 5,4% респондентов. Среди основных мотивирующих факторов в работе врачи наиболее часто указывали:

- ◆ удовлетворенность результатами работы — 65,4%;
- ◆ соответствующая труду заработная плата — 43,8%;
- ◆ хороший коллектив — 36,2%;
- ◆ возможность профессионального роста — 32,3%;
- ◆ признание профессиональных заслуг — 6,2%.

Следует отметить, что наибольшее количество голосов врачи отдали аспекту "удовлетворенность результатами работы". Такое распределение позволяет надеяться на возможности совершенствования КМП населению, поскольку научно доказано, что существует взаимосвязь между степенью заинтересованности персонала медицинской организации в качестве услуг и показателями успешности лечения пациента.



Рис. 2. Распределение частоты ошибок в работе медицинских специалистов по мнению коллег (в %).

Как видно из распределения ответов, одним из значимых мотивирующих факторов для врачей является достойная оплата труда (43,8%), однако по факту более 70% врачей отмечают, что им приходится работать сверх установленного трудовым договором времени без перерасчета заработной платы, и лишь 16,2% респондентов получают дополнительные выплаты за переработку. Такая ситуация может негативно отразиться как на мотивации и результативности труда медицинских специалистов, так и на качестве оказываемых ими услуг, что является основанием для принятия управленческих и административных решений и выработки конструктивной системы трудовых компенсаций.

Вместе с тем исследование показало, что медицинские специалисты имеют устойчивое стремление к непрерывному образованию и актуализации профессиональных знаний. Так, в рамках самообразования более 80% врачей регулярно посещают различные научно-практические мероприятия (конференции, семинары, симпозиумы), при этом 1/4 (25,4%) из них участвует в научных мероприятиях ежемесячно, более 30% — ежеквартально, 23,8% специалистов — 1 раз в полгода, остальные врачи (20%) посещают конференции и другие аналогичные мероприятия 1 раз в год и реже. При этом результаты социологического опроса указывают на то, что врачи в возрасте до 35 лет чаще лиц других возрастных групп посещают научные мероприятия: 40% из них делают это ежемесячно, 60% — ежеквартально.

**В четвертом информационном блоке вопросов "Ориентированность системы управления в меди-**

Таблица 2

Частота необоснованных консультаций (распределение по отделениям)

Отделение	Необоснованные консультации	
	абс.	%
Хирургическая реанимация	9	8,0
Неврология	38	33,6
Хирургия	10	8,8
Урология	5	4,4
Травматология	5	4,4
Терапия	31	27,4
Реанимация для больных с заболеваниями головного мозга	8	7,1
Гинекология	1	0,9
Приемное отделение	6	5,3

Таблица 3

Необходимость дополнительного обследования пациентов при плановом поступлении на оперативное лечение	
Необходимость дополнительного обследования плановых оперативных больных	% ответов
Отсутствует, пациенты полностью обследованы	14,6
Возникает у 10—20% поступивших пациентов	47,8
Возникает у половины поступивших пациентов	16,9
Возникает у всех поступивших пациентов	6,9
Нет ответа	13,8

цинской организации на сотрудников" раскрываются особенности управленческой стратегии в медицинской организации, характеризуется система взаимоотношений руководства и медицинского персонала, описывается уровень участия сотрудников в управленческих процессах и учет интересов сотрудников при принятии управленческих решений.

Согласно результатам опроса, 79,2% врачей уверены, что руководство недостаточно или совсем не учитывает их точку зрения при принятии новых управленческих решений, и только 1/5 врачей считают, что их мнение учитывается руководством. Заметим, что в соответствии с концепцией TQM одним из важнейших аспектов динамичного поступательного улучшения качества услуг является учет мнения работников при принятии административно-управленческих решений [13].

Кроме того, большинство врачей (69,1%) склонны считать, что руководство не учитывает данные о КМП, оказываемой конкретным врачом, при формировании выплат по заработной плате, и только 1/3 (30,9%) опрошенных ответили, что эти данные учитываются. Принимая во внимание, что с 2012 г. в государственных учреждениях здравоохранения Москвы введена новая прогрессивная система оплаты труда (НСОТ), предусматривающая финансовое стимулирование сотрудников медицинских организаций к повышению эффективности своего труда, полученное распределение ответов медицинских специалистов выступает основанием для более детального изучения сложившейся ситуации со стороны руководства медицинских учреждений.

Немаловажно, что преобладающему большинству опрошенных врачей приходится совмещать курсы повышения квалификации с работой в отделении: 36,9% медиков совмещают процесс образования с частичной трудовой занятостью, 18,5% врачей вынуждены совмещать обучение с полной занятостью на работе из-за производственной необходимости, еще 35,4% специалистов одновременно учатся и работают по собственному желанию. Такая ситуация, безусловно, влияет на результаты лечебного и образовательного процессов.

Пятый информационный блок вопросов "Ресурсное обеспечение" посвящен оценке достаточности обеспечения отделений лекарственными препаратами и расходными материалами, рациональности использования ресурсов в медицинской организации.

По полученным данным, медицинская организация в достаточной мере обеспечена лекарственными препаратами и расходными материалами: на это указывают ответы 63,3% опрошенных врачей. Однако 1/3 (32%) врачей отмечают, что иногда вынуждены обращаться к пациентам с просьбой принести дополнительные ле-

карства либо расходные материалы, почти у 5% врачей регулярно возникает такая необходимость.

Помимо этого, согласно результатам опроса, при поступлении на плановое оперативное лечение пациенты не всегда полностью подготовлены (табл. 3), и врачам приходится назначать дополнительные обследования, что также указывает на нерациональное распределение материальных и трудовых ресурсов в учреждении.

**Шестой информационный блок вопросов "Ориентация на пациента" отражает уровень ориентированности врачей и руководства организации на потребности и мнение пациентов.**

Одной из важных составляющих лечебного процесса является ориентация врача на повышение комфортности и самочувствия больного в процессе лечения. Наиболее частый и труднопереносимый симптом заболевания — боль. В свою очередь вопрос купирования боли в процессе оказания медицинской помощи является одним из ключевых для врача. При этом только 48,4% врачей отмечают назначение обезболивания в плановом порядке после оперативных вмешательств либо при наличии болевого синдрома у пациента, еще 34,9% респондентов ответили, что назначают обезбоживание в основном по требованию пациента. Важно отметить, что 16,7% врачей указывают на отсутствие четкой системы купирования боли в отделении.

Другим ключевым моментом, отражающим ориентацию на мнение потребителей медицинских услуг, является практика "обратной связи" с пациентами (табл. 4).

Как видно из представленных данных, четко сформированной системы "обратной связи" с пациентами в изучаемой медицинской организации нет. Заметим, что ориентация на мнение потребителя выступает залогом повышения удовлетворенности пациентов. Так, Э. Деминг подчеркивает, что "повышение качества, в основе которого лежит изучение мнения потребителя, приводит не только к совершенствованию продукта, но и к снижению затрат и улучшению конкурентных позиций ..." [13].

В дальнейшем результаты анкетирования можно будет сопоставить с результатами опросов пациентов.

Таким образом, проведенное медико-социологическое исследование позволило оценить ряд важных факторов, определяющих КМП, и выявить спектр областей для совершенствования деятельности медицинской организации:

- ♦ медицинские специалисты до настоящего времени практически не имеют доступа к данным о качестве оказываемых ими услуг, что не только ограничивает возможности их профессионального совершенствования, но и не способствует повышению качества медицинских услуг;

Таблица 4

Наличие в учреждении практики "обратной связи" с пациентами	
Практика "обратной связи" с пациентами	% ответов
Отсутствует	32,8
Обратная связь с пациентом устанавливается в случае его жалобы	23,4
Все пожелания и мнения о КМП пациенты высказывают в устной беседе с лечащим врачом	39,8
Регулярно проводится анкетирование пациентов с целью оценки удовлетворенности КМП	3,9

- ◆ в настоящий момент наблюдается недостаточная последовательность и преемственность в ведении пациентов, зачастую назначаются необоснованные консультации; во многих случаях больные, поступающие на плановые операции, нуждаются в дополнительном обследовании, что указывает на нерациональное распределение материальных и трудовых ресурсов в учреждении;
  - ◆ широко распространена практика неоплачиваемой трудовой переработки медицинских специалистов, что снижает их мотивированность и влияет на качество медицинских услуг;
  - ◆ низкий уровень участия работников в принятии управленческих решений, определяющих ключевые аспекты деятельности учреждения, не способствует сплоченности коллектива, негативно влияет на мотивацию специалиста и его стремление повышать качество своего труда;
  - ◆ обеспечение отделений лекарственными препаратами и расходными материалами нуждается в совершенствовании;
  - ◆ несформированная практика "обратной связи" с пациентами не позволяет получить оперативную информацию об уровне удовлетворенности потребителей услугами учреждения, не дает представления о потребительских запросах и потребностях и, значит, не обеспечивает непрерывного повышения качества медицинских услуг в медицинской организации.
- Выделенные в ходе исследования факторы, влияющие на КМП, позволяют разработать реальные инструменты воздействия на процесс управления качеством в медицинской организации. Инструментарий представленного исследования дает возможность выделить наиболее значимые и "болезненные" области для дальнейшего детального изучения поставленной проблемы. Кроме того, полученные данные позволят не только улучшить организацию медицинской помощи, повысить качество предоставляемых услуг и удовлетворенность ими потребителей, но и будут способствовать решению ряда внутренних проблем учреждения, в том числе повышению рациональности распределения трудовых ресурсов, укреплению мотивации медицинского персонала, усовершенствованию системы управления.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Постановление Правительства РФ "О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов" от 18.10.2013 № 932. *Собрание законодательства РФ*. 2013; № 43, ст. 5558 с изм. и допол. в ред. от 29.05.2014 г.
2. *What are the Advantages and Limitations of Different Quality and Safety Tools for Health Care? — Health Evidence Network Report*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, World Health Organization; 2005.
3. Patient experience overall measure: 2012 inpatient survey update // GOV.UK URL: <https://www.gov.uk/government/publications/patient-experience-overall-measure-2012-inpatient-survey-update> (дата обращения: 01.06.2014).
4. Царик Г.Н., ред. *Общественное здоровье и здравоохранение: учебник для интернов, ординаторов, слушателей циклов переподготовки специалистов по дисциплине "Общественное здоровье и здравоохранение"*. Кемерово: Практика; 2012.
5. *Quality and Accreditation in Health Care Services: A Global Review*. — WHO/EIP/OSD/2003.1. Geneva: Department of Health Service Provision (OSD). World Health Organization; 2003.
6. Хабриев Р.У., Воробьев П.А., Юрьев А.С. Индикаторы качества оказания медицинской помощи (региональный уровень). *Проблемы стандартизации в здравоохранении: Научно-практический рецензируемый журнал*. 2005; 10: 54—63.
7. Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 № 323-ФЗ. *Собрание законодательства РФ*. 2011; № 48, ст. 6724 с изм. и допол. в ред. от 22.10.2014 г.
8. Постановление Правительства РФ "Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности" от 12.11.2012 № 1152. *Собрание законодательства РФ*. 2012; № 47, ст. 6501.
9. Назаренко Г.И., Полубенцева Е.И. *Управление качеством медицинской помощи*. М.: Медицина; 2000.
10. Демидчик Ю.Е., Калинина Т.В., Щавелева М.В., Мороз И.Н., Станкевич С.И., Шваб Л.В. Оценка врачами качества оказания медицинской помощи населению Республики Беларусь. *Вопросы организации и информатизации здравоохранения*. 2010; 4: 58—63.
11. Gurses A.P., Carayon P., Wall M. Impact of performance obstacles on intensive care nurses' workload, perceived quality and safety of care, and quality of working life. *Health Serv Res*. 2009; 44 (2, Pt 1): 422—43.
12. Деминг Э. Выход из кризиса: *Новая парадигма управления людьми, системами и процессами*: Пер. с англ. 4-е изд. М.: Альпина Паблишер; 2011.
13. Управление качеством медицинской помощи в многопрофильном лечебно-профилактическом учреждении. Методические рекомендации № 2002/92. Утв. Минздравом РФ 09.10.2002. М.: НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением ММА им. И.М. Сеченова МЗ РФ; 2002.
14. *Measuring Hospital Performance to Improve the Quality of Care in Europe: a Need for Clarifying the Concepts and Defining the Main Dimensions: Report on WHO Workshop — EUR/03/5038066*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, World Health Organization; 2003.
15. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? *J.A.M.A.* 1988; 260: 1743—8.
16. *Системы здравоохранения. Системы управления обеспечением качества. Доклад Секретариата*. — EB120/38 Add.1. Всемирная Организация Здравоохранения. Исполнительный комитет; 2007.
17. *Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH)*. WHO Regional Office for Europe. Division of Country Health Systems; 2007.
18. Model Criteria. European Foundation for Quality Management, EFQM URL: <http://www.efqm.org/efqm-model/model-criteria> (дата обращения: 01.06.2014).
19. ГОСТ ISO 9001—2011. Межгосударственный стандарт. Системы менеджмента качества. Требования. Введен в действие Приказом Росстандарта 22.12.2011 г. № 1575-ст. М.: Стандартинформ; 2012.
20. Review into the quality of care and treatment provided by 14 hospital trusts in England: overview report. Professor Sir Bruce Keogh KBE // NHS URL: <http://www.nhs.uk/NHSEngland/bruce-keogh-review/Documents/outcomes/keogh-review-final-report.pdf> (дата обращения: 01.06.2014).
21. Решетников А.В. Социология обязательного медицинского страхования (часть II). *Социология медицины*. 2013; 1: 3—11.

Поступила 23.09.2014

## REFERENCES

1. On the Program of State Guarantees of the Free Provision of Health Care to Citizens in 2014 and the Planning Period of 2015 and 2016. Decree of the Russian Federation of 18.10.2013 no. 932. [O programme gosudarstvennykh garantiy besplatnogo okazaniya grazhdanam meditsinskoy pomoshchi na 2014 god i na planovyy period 2015 i 2016 godov. Postanovlenie Pravitel'stva RA ot 18.10.2013 N 932]. *Sobranie zakonodatel'stva RF*. 2013; no. 43, Art. 5558. (in Russian)
2. *What are the Advantages and Limitations of Different Quality and Safety Tools for Health Care? — Health Evidence Network Report*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, World Health Organization; 2005.
3. Patient experience overall measure: 2012 inpatient survey update // GOV.UK URL: <https://www.gov.uk/government/publications/patient-experience-overall-measure-2012-inpatient-survey-update> (дата обращения: 01.06.2014).

4. Tsarik G.N., ed. *Public Health and Health Care: A Textbook for Interns, Residents, Students of Primary Cycles Retraining Specialists in the Discipline "Public Health and Health Care" [Obshchestvennoe zdorov'e i zdravookhraneniye: uchebnik dlya internov, ordinatorov, slushateley tsiklov pervichnoy perepodgotovki spetsialistov po distsipline "Obshchestvennoe zdorov'e i zdravookhraneniye"]*. Kemerovo: Praktika; 2012. (in Russian)
5. *Quality and Accreditation in Health Care Services: A Global Review*. — WHO/EIP/OSD/2003.1. Geneva: Department of Health Service Provision (OSD). World Health Organization; 2003.
6. Khabriev R.U., Vorob'ev P.A., Yur'ev A.S. The indicators of quality of care (regional level). *Problemy standartizatsii v zdravookhraneniye: Nauchno-prakticheskiy retsenziruemyy zhurnal*. 2005; 10: 54—63. (in Russian)
7. *On the Basis of Health Protection in the Russian Federation. Federal Law of 21.11.2011 no. 323-FZ [Federal'nyy zakon "Ob osnovakh okhrany zdorov'ya grazhdan v Rossiyskoy Federatsii" ot 21.11.2011 N 323-FZ]*. Sobranie zakonodatel'stva RF. 2011; no. 48, Art. 6724. (in Russian)
8. *On Approval of the State Control of Quality and Safety of Medical Practice. Decree of the Russian Federation of 12.11.2012 no. 1152 [Postanovlenie Pravitel'stva RF "Ob utverzhdenii Polozheniya o gosudarstvennom kontrole kachestva i bezopasnosti meditsinskoy deyatel'nosti" ot 12.11.2012 N 1152]*. Sobranie zakonodatel'stva RF; no. 47, Art. 6501. (in Russian)
9. Nazarenko G.I., Polubentseva E.I. *Quality Management in Health Care [Upravleniye kachestvom meditsinskoy pomoshchi]*. Moscow: Meditsina; 2000. (in Russian)
10. Demidchik Yu.E., Kalinina T.V., Shchhaveleva M.V., Moroz I.N., Stankevich S.I., Shvab L.V. Physician's assessment of quality of health care to the population of the Republic of Belarus. *Voprosy organizatsii i informatizatsii zdravookhraneniya*. 2010; 4: 58—63. (in Russian)
11. Gurses A.P., Carayon P., Wall M. Impact of performance obstacles on intensive care nurses' workload, perceived quality and safety of care, and quality of working life. *Hlth Serv Res*. 2009; 44 (2, Pt 1): 422—43.
12. Deming E. Out of the Crisis [Vykhod iz krizisa: Novaya paradigma upravleniya lyud'mi, sistemami i protsessami]. Transl. from Engl. 4-th ed. Moscow: Al'pina Publisher; 2011. (in Russian)
13. *Managing Quality of Care in a Multidisciplinary Health Facility: Methodological Recommendations no. 2002/92 [Upravleniye kachestvom meditsinskoy pomoshchi v mnogoprpfil'nom lechebno-profilakticheskom uchrezhdenii: Metodicheskie rekomendatsii N 2002/92]*. Moscow: NII obshchestvennogo zdorov'ya i upravleniya zdravookhraneniem MMA im. I.M. Sechenova MZ RF; 2002. (in Russian)
14. *Measuring Hospital Performance to Improve the Quality of Care in Europe: a Need for Clarifying the Concepts and Defining the Main Dimensions: Report on WHO Workshop — EUR/03/5038066*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, World Health Organization; 2003.
15. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? *J.A.M.A.* 1988; 260: 1743—8.
16. *Health Systems. Quality-assurance Management Systems: Report by the Secretariat*. — EB120/38 Add. 1 [Sistemy zdravookhraneniya. Sistemy upravleniya obespecheniem kachestva. Doklad Sekretariata. — EB120/38 Add. 1]. Vsemirnaya Organizatsiya Zdravookhraneniya. Iсполnitel'nyy komitet; 2007. (in Russian)
17. *Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH)*. WHO Regional Office for Europe. Division of Country Health Systems; 2007.
18. Model Criteria // European Foundation for Quality Management, EFQM. URL: <http://www.efqm.org/efqm-model/model-criteria> (дата обращения: 01.06.2014).
19. State Standard ISO 9001—2011. Quality Management Systems. Requirements. Moscow: Standartinform; 2012. (in Russian)
20. Review into the quality of care and treatment provided by 14 hospital trusts in England: overview report. Professor Sir Bruce Keogh KBE // NHS URL: <http://www.nhs.uk/NHSEngland/bruce-keogh-review/Documents/outcomes/keogh-review-final-report.pdf> (дата обращения: 01.06.2014).
21. Reshetnikov A.V. Sociology of mandatory medical insurance (Part II). *Sotsiologiya meditsiny*. 2013; 1: 3—11. (in Russian)

Received 23.09.2014

© КАРНАКОВА М.В., КАЛЯГИН А.Н., 2014  
УДК 614.252.1:616-002.78-07-08

Карнакова М.В., Калягин А.Н.

## ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ О ПОДАГРЕ ВРАЧЕЙ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ГБОУ ВПО "Иркутский государственный медицинский университет" Минздрава России, 664003,  
Иркутск, Россия

Для корреспонденции: Карнакова Мария Владимировна (karnmaria@yandex.ru)

Проведено анкетирование 50 участковых терапевтов и 21 ревматолога по вопросам диагностики и лечения больных подагрой. Результаты исследования подтверждают данные литературы о низкой осведомленности о подагре врачей первичного звена. Современные методы диагностики и лечения недостаточно используются врачами обеих специальностей.

Ключевые слова: подагра; терапевты; ревматологи; первичное звено здравоохранения.

Для цитирования: Социология медицины. 2014; 13 (2): 49—52.

Karnakova M.V., Kaliyagin A.N.

## THE AWARENESS OF PHYSICIANS OF PRIMARY HEALTH CARE ABOUT GOUT

The Irkutsk state university, 664003, Irkutsk, Russia

The questionnaire was organized on sampling of 50 district therapists and 21 rheumatologists concerning issues of diagnostic and treatment of patients with gout. The results of study testify publication data about low awareness of physicians of primary health care about gout. The modern techniques of diagnostic and treatment are applied insufficiently by physicians of both specialties.

Keywords: gout; therapists; rheumatologists; primary health care.

For citation: Sociologia meditsini. 2014; 13 (2): 49—52.