

ЭКСПЕРТИЗА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

И.Е. Моисеева

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»
Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

© И.Е. Моисеева, 2017

В статье представлены некоторые результаты экспертизы качества оказания медицинской помощи врачами общей практики (семейными врачами) в амбулаторных медицинских организациях, работающих в системе обязательного медицинского страхования. Перечислены наиболее частые ошибки в сборе информации, постановке диагноза и назначении лечения, выявлявшиеся при проведении экспертизы качества медицинской помощи путем анализа первичной медицинской документации, а также замечания по часто встречающимся дефектам оформления амбулаторных карт.

Ключевые слова: качество медицинской помощи, экспертиза качества медицинской помощи, общая врачебная практика.

EXPERTISE OF QUALITY OF MEDICAL CARE IN GENERAL PRACTICE

I.E. Moiseeva

North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, St. Petersburg, Russia

The article presents some results of the expertise of the quality of medical care by general practitioners (family doctors) in outpatient medical organizations working in the system of obligatory medical insurance. The most common errors in the collection of information, the diagnosis and the treatment, identified during the expertise of the quality of care by the assessment of patient medical records, as well as comments on the often-occurring defects in the preparation of medical records are listed.

Keywords: quality of medical care, quality assessment of medical care, general practice.

Введение

Проблемам качества медицинской помощи во всем мире уделяется большое внимание. Существует множество определений этого понятия, различающихся по формулировкам в зависимости от подходов, использованных при их создании.

В статье 2 Федерального закона Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» качество медицинской помощи определено как «совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата» [1].

Повышение качества медицинской помощи — одно из важнейших направлений развития системы здравоохранения. К основным критериям качества медицинской помощи относят

своевременность помощи, эффективность использования ресурсов, результативность лечения и удовлетворение потребностей пациентов.

Один из ключевых компонентов управления качеством медицинской помощи — это его оценка, анализ результатов которой необходим для планирования и внедрения мер, направленных на улучшение качества.

Автор фундаментальных работ по качеству медицинской помощи А. Донабедиан подчеркивал, что при оценке качества следует рассматривать три составляющие медицинской помощи: структуру, процесс и исходы. При оценке структуры учитывают укомплектованность и подготовленность кадров, наличие необходимого оборудования и т. п. Оценка процесса — это изучение соответствия процесса оказания медицинской помощи принятым доказательным стандартам, адаптированным к условиям конкретного лечебного учреждения. Оценка исходов базируется на анализе результатов оказания помощи [2].

Одним из методов оценки качества медицинской помощи, направленных на анализ процесса и результатов ее оказания, является экспертиза качества медицинской помощи.

Нормативно-правовые основы экспертизы качества медицинской помощи

В соответствии со статьей 64 Федерального закона № 323-ФЗ «экспертиза качества медицинской помощи проводится в целях выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата» [1].

Проведение экспертизы качества медицинской помощи, оказываемой в рамках обязательного медицинского страхования, регламентировано Федеральным законом РФ от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» [3, 4].

Критерии оценки качества медицинской помощи определены приказом Министерства здравоохранения РФ от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи». Критерии, перечисленные в приказе, применяются при оценке качества оказания медицинской помощи в медицинских и иных организациях, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Критерии качества применяются по группам заболеваний (состояний) и по условиям оказания медицинской помощи (в амбулаторных условиях, условиях дневного стационара и в стационарных условиях).

При проведении экспертизы качества медицинской помощи в медицинских организациях амбулаторного звена, работающих в рамках обязательного медицинского страхования, основным направлением является анализ первичной медицинской документации, в частности медицинской карты пациента, получающего помощь в амбулаторных условиях (№ 025-у), утвержденной Приказом Министерства здравоохранения РФ от 15.12.2014 № 834н, в котором также установлен порядок заполнения данной учетной формы.

Именно данные первичной медицинской документации, то есть амбулаторной карты,

в определенной мере отражают качество лечебно-диагностического (врачебного) процесса, который включает сбор информации о пациенте и заболевании, установление и формулировку диагноза, выбор и проведение лечения и обеспечение преемственности.

Информация, представленная в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (амбулаторной карте), — основной источник данных, по которым можно определить перечисленные в Федеральном законе № 323-ФЗ характеристики качества медицинской помощи: своевременность ее оказания, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степень достижения запланированного результата.

Заполнение всех разделов амбулаторной карты, полнота данных опроса, осмотра и обследования пациента, правильная полная формулировка клинического диагноза, запись рекомендаций по лечению, в том числе немедикаментозному, — те показатели, которые оценивает эксперт по качеству медицинской помощи при анализе первичной медицинской документации.

Результаты оценки и анализа данных амбулаторных карт вносятся в экспертное заключение, которое содержит описание проведения и результаты экспертизы качества медицинской помощи [4].

Для обеспечения единого подхода к выявлению и описанию дефектов и ошибок при проведении экспертизы качества и составлении заключения используются формализованные термины и понятия, с помощью которых обозначаются элементы лечебно-диагностического процесса и экспертная оценка каждого элемента.

Формализованное обозначение элементов лечебно-диагностического процесса в экспертном заключении:

- 1) сбор информации;
- 2) диагноз;
- 3) лечение;
- 4) преемственность.

Выявленные при экспертной оценке ошибки и дефекты описывают с помощью формализованных терминов, которые далее будут использоваться и в данной статье.

1. Ошибки сбора информации — отсутствие данных или неполные данные жалоб, анамнеза, осмотра и обследования пациента; несвоевременное назначение обследования и т. д.

2. Ошибки диагноза — неполная или неправильная формулировка, несоответствие диагноза данным жалоб, осмотра и обследования, несвоевременная постановка диагноза и т. д.

3. Ошибки лечения — отсутствие рекомендаций по лечению (полное или частичное), назна-

чение лечения при отсутствии показаний или при наличии противопоказаний, несвоевременное назначение лечения, сочетанное применение нерациональных комбинаций лекарственных средств или методов лечения и т. д.

4. Ошибки преемственности — неверный выбор места оказания медицинской помощи, несвоевременное направление пациента в другую медицинскую организацию (например, на госпитализацию) и т. д.

Опыт экспертизы качества медицинской помощи в общей врачебной практике

Автор статьи входит в реестр экспертов качества медицинской помощи Санкт-Петербурга и имеет опыт экспертизы качества медицинской помощи по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)» в амбулаторных медицинских организациях Санкт-Петербурга, Ленинградской области, а также других городов Северо-Западного региона (Новгород, Вологда, Череповец). За 2015–2017 гг. была проведена экспертиза около 1000 амбулаторных карт как в государственных, так и в частных медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь населению в рамках обязательного медицинского страхования.

Экспертиза качества медицинской помощи проводилась в соответствии с действующими законодательными актами и нормативно-правовыми документами, по результатам экспертизы оформлялись соответствующие заключения и акты.

При проведении экспертизы по данным амбулаторных карт оценивались все составляющие лечебно-диагностического процесса (сбор информации, диагноз, лечение и преемственность), а также правильность ведения первичной медицинской документации (заполнение всех разделов карты, наличие добровольного информированного согласия пациента на медицинское вмешательство и т. д.) [5].

При отсутствии замечаний качество оказания медицинской помощи оценивалось как надлежащее. При наличии ошибок и дефектов на каком-либо этапе (сбор информации, диагностика, лечение, обеспечение преемственности) качество признавалось ненадлежащим.

Анализ результатов проведенных экспертиз выявил наличие значительного количества случаев ненадлежащего качества медицинской помощи, составляющих в различных медицинских организациях от 20 до 90 % всех проверенных случаев оказания медицинской помощи.

При этом выявленные дефекты и ошибки часто носили сходный (систематический) характер как в совокупности случаев в пределах одной медицинской организации, так и в разных медицинских организациях.

Наиболее часто выявлялись ошибки сбора информации, несколько реже — ошибки диагноза и лечения. Ошибки преемственности оказания помощи встречались в единичных случаях.

Ошибки сбора информации

Сбор информации включает в себя опрос пациента (жалобы, анамнез), физикальное обследование (объективный осмотр), лабораторные и инструментальные исследования, а также сведения о консультациях специалистов и проведении консилиума (при необходимости). Ошибки сбора информации могут оказывать негативное влияние на: 1) процесс оказания медицинской помощи, приводя к ошибкам диагноза и лечения; 2) на оценку этого процесса, затрудняя проведение экспертизы при отсутствии или неполноте каких-либо данных; 3) на ресурсы здравоохранения при недостаточном или избыточном использовании диагностических методов или консультаций специалистов.

В проанализированных случаях экспертизы ошибки сбора информации чаще всего заключались в неполном сборе жалоб, анамнеза болезни, анамнеза жизни, неполном объективном осмотре, неполном обследовании пациента.

Например, при жалобах на **боли в области сердца или за грудиной** в записях отсутствовали характеристики боли — выраженность, характер, длительность, связь с физической нагрузкой или другими факторами, интенсивность физической нагрузки, при которой появляется боль. В описании анамнеза не было данных о наличии ранее установленных сердечно-сосудистых заболеваний, о назначавшейся и соблюдаемой терапии, а также о факторах риска сердечно-сосудистых заболеваний — наследственности, вредных привычках, характере питания, уровне физической активности.

Обследование также было неполным: не назначались электрокардиография (ЭКГ), суточное мониторирование ЭКГ, эхокардиография (Эхо-КГ), липидограмма. Указанные дефекты затрудняли оценку диагноза: на основании явно недостаточных данных дать заключение о корректности диагноза «Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия напряжения II ФК» или «Ишемическая болезнь сердца. Атеросклеротический кардиосклероз» не представлялось возможным. Затруднена была и оценка лечения, которое зависит от данных анамнеза, обследования и, соответственно, диагноза, а также оценка преемственности в ведении пациента. При анализе предоставленной медицинской документации сложно было судить, были ли необходимы пациенту рекомендации по изменению образа жизни (диета, повышение физической активности, отказ от курения), которые отсут-

ствуют в амбулаторной карте, или он соблюдает принципы здорового питания, занимается физическими упражнениями и не курит? Соответствует ли назначенная пациенту лекарственная терапия его заболеванию? Нет ли у пациента показаний к госпитализации?

Сбор информации при жалобах на **повышение артериального давления (АД)** также имел большое количество ошибок. Не указывались максимальные показатели АД, не было данных о давности жалоб, ранее назначавшейся и соблюдаемой терапии, факторах риска (наследственность, вредные привычки, характер питания, уровень физической активности, наличие в анамнезе сахарного диабета или гиперхолестеринемии). Не было записей о проведении антропометрии, в амбулаторных картах не были указаны масса тела, рост, индекс массы тела, окружность талии, также не было данных офтальмоскопии. В рекомендациях по обследованию отсутствовали записи о назначении липидограммы, анализов крови на глюкозу, креатинин, ЭКГ, Эхо-КГ. При отсутствии перечисленной информации трудно оценить, каким образом и правильно ли на основании неполных данных устанавливался диагноз и указывались стадия гипертонической болезни (ГБ), степень артериальной гипертензии (АГ) и уровень риска сердечно-сосудистых осложнений (ССО). Также затруднена была и оценка лечения в таких ситуациях, так как выбор тактики ведения пациента (рекомендации по изменению образа жизни и лекарственная терапия) при АГ зависит именно от уровня сердечно-сосудистого риска.

Жалобы на **одышку**, которая может быть проявлением большого количества заболеваний, также описывались неполно. Не указывались характер одышки (инспираторная, экспираторная), время ее возникновения (в покое или при определенной физической нагрузке). В анамнезе не было данных о вредных привычках, профессиональных вредностях, перенесенных и хронических заболеваниях. Не назначалось и необходимое обследование (например, Эхо-КГ для исключения хронической сердечной недостаточности, спирометрия для оценки функции внешнего дыхания, флюорография или рентгенография грудной клетки). Все это также затрудняло оценку экспертом правильности поставленного диагноза и, соответственно, назначенного пациенту лечения.

При сборе информации у пациентов с жалобами на **кашель** (в том числе длительный) также часто выявлялись ошибки, влияющие на оценку поставленного диагноза и назначенного лечения. Отсутствовали данные о статусе курения, прививочном анамнезе (что особенно значимо у детей), профессиональном анамнезе, не

было записей о проведении перкуссии грудной клетки и назначении обследования (флюорография, спирометрия).

Помимо перечисленных встречались и другие частые ошибки:

– при жалобах на **боли в суставах**: не указывалось, какие суставы поражены, неполно описывался осмотр суставов (например, не отмечался объем ограничения движений), не были указаны характеристики боли (характер, выраженность, связь с нагрузкой, время возникновения, наличие сопутствующей скованности и т. д.);

– при **анемии**: отсутствовали данные о перенесенных и хронических заболеваниях, характере питания, вредных привычках, профессиональном анамнезе, у женщин — данные гинекологического анамнеза;

– при жалобах на **головные боли**, головокружение, снижение памяти: не проводился неврологический осмотр;

– у пациентов с **сахарным диабетом**: не проводились офтальмоскопия, неврологический осмотр стоп, не назначались лабораторные исследования (анализ мочи, гликозилированный гемоглобин).

Ошибки диагноза

При проведении экспертизы качества медицинской помощи необходимо оценить формулировку диагноза, его содержание и своевременность установления.

Клинический диагноз должен ставиться на основании данных анамнеза, осмотра, обследования, консультаций специалистов, предусмотренных соответствующими стандартами оказания медицинской помощи и клиническими рекомендациями.

Ошибки диагноза могут оказывать негативное влияние на лечение и преемственность в ведении пациентов, а также на их оценку при проведении экспертизы.

Наиболее частые ошибки диагноза, отмечавшиеся в проанализированных амбулаторных картах: неполная формулировка диагноза, несоответствие диагноза данным опроса, осмотра и обследования, отсутствие клинического диагноза (указание только диагноза по МКБ-10).

Примеры неполной формулировки диагноза:

– гипертоническая болезнь или артериальная гипертензия без указания стадии или степени соответственно, а также без указания степени риска сердечно-сосудистых осложнений;

– бронхиальная астма без указания характера течения, степени тяжести, фазы заболевания;

– хроническая обструктивная болезнь легких без указания характера течения и фазы заболевания.

Примеры несоответствия диагноза данным вопроса, осмотра и обследования:

- основной диагноз «ГБ II стадии. АГ II степени. Риск ССО II» при наличии АД 170/100 мм рт. ст. и перенесенного в прошлом инфаркта миокарда (ГБ III стадии, риск ССО IV);

- основной диагноз «Хроническая обструктивная болезнь легких» при отсутствии выполненной спирометрии;

- сопутствующий диагноз «Варикозное расширение вен нижних конечностей» при полном отсутствии в записях указаний на наличие заболевания в анамнезе и данных объективного осмотра, подтверждающих диагноз;

- сопутствующий диагноз «Ожирение» (с указанием степени) при отсутствии в амбулаторной карте данных антропометрии.

Формулировка диагноза по МКБ-10 не всегда полностью соответствует клиническому диагнозу и может не содержать информацию, необходимую для дальнейшей оценки тактики обследования и лечения пациента. Так, диагноз «I11.0. Гипертензивная [гипертоническая] болезнь с преимущественным поражением сердца (застойной) сердечной недостаточностью» не содержит данных о степени артериальной гипертензии и уровне сердечно-сосудистого риска, а следовательно, на основании такого диагноза нельзя сделать заключение о правильном или неправильном выборе тактики лечения пациента. Недостаточно полные формулировки, не отражающие всех особенностей состояния пациента, и у диагнозов «J44.9. Хроническая обструктивная легочная болезнь неуточненная» и «J45.8. Смешанная астма», также часто встречающихся в проанализированных амбулаторных картах.

Еще более неправильной является формулировка диагноза по МКБ-10 при обращении практически здоровых лиц для различного рода медицинских осмотров. Диагноз «Z00. Общий осмотр и обследование лиц, не имеющих жалоб или установленного диагноза» не является клиническим и применяется исключительно для статистического учета. Соответственно такая формулировка не должна использоваться для заключительного (или даже предварительного) диагноза.

Код диагноза по МКБ-10 в амбулаторной карте указывается наряду с клиническим диагнозом, сформулированным в соответствии с общепринятыми требованиями и клиническими рекомендациями, но не вместо него [6].

Ошибки лечения

Ошибки лечения могут влиять на состояние пациента, на социальные ресурсы (повышая риск увеличения сроков временной нетрудоспособности, инвалидизации и даже преждевремен-

ной смертности), на ресурсы здравоохранения, а также на процесс оказания помощи (дальнейшая диагностика и лечение) и его оценку. Следует отметить, что ошибки, оказывающие влияние на социальные ресурсы, встречаются в амбулаторной практике относительно редко.

Наиболее частыми ошибками, связанными с назначением лечения в изученных амбулаторных картах, были отсутствие тех или иных рекомендаций по лечению, назначение лекарственных средств с аналогичным фармакологическим действием и необоснованное назначение лекарственных средств, не показанных пациенту.

Так, в значительном числе изученных амбулаторных карт отсутствовали рекомендации по изменению образа жизни (диета, физическая активность) при артериальной гипертензии и других сердечно-сосудистых заболеваниях, по отказу от курения (у курящих пациентов) и по снижению массы тела (у пациентов с избыточной массой тела). Кроме того, в ряде случаев рекомендации по лечению отсутствовали вообще. При этом пациентам были рекомендованы консультации специалистов (гастроэнтеролога при обострении хронического гастрита, ортопеда при остеоартрозе).

Систематически встречалось одновременное назначение лекарственных средств с аналогичным действием, например, двух препаратов из группы нестероидных противовоспалительных средств или двух препаратов, содержащих ацетилцистеин и карбоцистеин. Частой ошибкой было и назначение нерациональных комбинаций гипотензивных препаратов, например, одновременное назначение эналаприла с лозартаном (возможная, но нерациональная комбинация лекарственных средств согласно национальным и европейским рекомендациям по артериальной гипертензии).

Необоснованное назначение лекарственных препаратов отмечалось реже, чем перечисленные ошибки лечения. Тем не менее были отмечены назначение антибиотиков при отсутствии показаний (например, при острых респираторных вирусных инфекциях с легким течением в первые дни заболевания), применение внутрисуставных инъекций различных препаратов (глюкокортикоидные гормоны, алфлутоп, препараты гиалуроновой кислоты) при остеоартрозе в качестве терапии первой линии (без назначения других препаратов), назначение курса внутривенных инфузий глюкокортикоидных гормонов и эуфиллина при обострении хронического бронхита (без признаков бронхообструкции), не подтвержденного данными анамнеза и обследования.

Следует отметить, что проблемам оценки качества оказания медицинской помощи был по-

священ ряд исследований. Так, в 2008 г. кафедрой семейной медицины Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования (с 2011 г. — Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова) было проведено исследование по изучению качества ведения пациентов с артериальной гипертензией в амбулаторных условиях. В ходе работы был выполнен анализ первичной медицинской документации пациентов с артериальной гипертензией, который выявил отсутствие в 20–70 % амбулаторных карт данных о курении, индексе массы тела, уровне физической активности. В большинстве карт отсутствовала также информация об обследовании (назначение липидограммы, анализ крови на креатинин) и рекомендации по изменению образа жизни (отказ от курения, повышение физической активности, соблюдение диеты) [7, 8].

Исследование, проведенное в Финляндии, также выявило определенные проблемы с ведением медицинской документации. В 68 % проанализированных электронных карт пациентов отсутствовали или были неполными данные анамнеза, в 38 % карт — данные объективного осмотра пациентов. Диагноз и рекомендации по лечению отсутствовали только в 10 и 5 % карт соответственно. Однако из всех записей, содержащих рекомендации по лечению, только 38 % были полными [9].

Оформление медицинской документации

При проведении экспертизы качества медицинской помощи эксперт анализирует первичную медицинскую документацию, изучая записи врачей, оценивая правильность и полноту заполнения разделов амбулаторной карты. При этом важно не только содержание записей по сути, но и оформление амбулаторной карты.

При работе с медицинской документацией часто приходится сталкиваться с небрежным оформлением: неразборчивый почерк, огромное

количество аббревиатур и сокращений, некорректные формулировки терминов и определений — все это производит на эксперта негативное впечатление, а главное — в значительной мере затрудняет проведение экспертизы.

Использование шаблонов также имеет свои недостатки. В шаблоне может быть не предусмотрен какой-либо раздел (и врач не запишет необходимые данные) или может быть недостаточно места для записи той или иной информации, что вынуждает врача писать мелко и сокращать слова. При ведении электронных карт с последующей их распечаткой часто отмечается наличие несогласованности падежа и/или рода слов (например, в карте пациентки может быть написано «не болел», «не лечился» и т. д.). Кроме того, некоторые формулировки в шаблонах некорректны и не соответствуют общепринятым: «Общее состояние нормальный» (состояние может быть удовлетворительным, средней тяжести или тяжелым, кроме того состояние — среднего рода); «Перкуссия легочных полей без особенностей и в пределах возрастной группы» (формулировка «без особенностей» неконкретна, а что такое «возрастная группа» — абсолютно неясно).

Заключение

Качество медицинской помощи — важный показатель работы как конкретной медицинской организации, так и всей системы здравоохранения в целом. Одной из составляющих процесса управления качеством должна быть оценка процесса оказания медицинской помощи, в том числе в форме экспертизы. Учитывая, что основной метод экспертизы качества медицинской помощи — изучение и анализ первичной медицинской документации, необходимо уделять должное внимание правильному оформлению и ведению амбулаторных карт, основанному на действующих нормативных документах.

Литература

1. Федеральный закон Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». [Federal'nyj zakon Rossijskoj Federacii ot 21.11.2011 No 323-FZ "Ob osnovah ohrany zdorov'ja grazhdan v Rossijskoj Federacii". (In Russ.)]
2. Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*. 2005;83(4):691-729.
3. Федеральный закон Российской Федерации от 29.11.2010 № ФЗ-326 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». [Federal'nyj zakon Rossijskoj Federacii ot 29.11.2010 No FZ-326 "Ob objazatel'nom medicinskom strahovanii v Rossijskoj Federacii". (In Russ.)]
4. Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию». [Priказ Federal'nogo fonda objazatel'nogo medicinskogo strahovanija ot 1.12.2010 No 230 "Ob utverzhdenii Porjadka organizacii i provedenija kontrolja ob#emov, srokov, kachestva i uslovij predostavlenija medicinskoj pomoshhi po objazatel'nomu medicinskomu strahovaniju". (In Russ.)]

5. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи». [Priказ Ministerstva zdravoohraneniya RF ot 10.05.2017 No 203n “Ob utverzhdanii kriteriev ocenki kachestva medicinskoj pomoshhi”. (In Russ.)]

6. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15.12.2014 № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению». [Priказ Ministerstva zdravoohraneniya RF ot 15.12.2014 No 834n “Ob utverzhdanii unificirovannyh form medicinskoj dokumentacii, ispol’zuemyh v medicinskih organizacijah, okazyvajushhih medicinskuju pomoshh’ v ambulatornyh uslovijah, i porjadkov po ih zapolneniju”. (In Russ.)]

7. Плавинский С.Л., Кузнецова О.Ю., Фролова Е.В., Моисеева И.Е. Индикаторы качества работы амбулаторно-поликлинического учреждения, основанные на оценке исходов и процесса оказания медицинской помощи // Вестник Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования. – 2010. – Т. 2. – № 2. – С. 100–105. [Plavinskij SL, Kuznecova OJu, Frolova EV, Moiseeva IE. Indikatory kachestva raboty ambulatorno-poliklinicheskogo uchrezhdenija, osnovannye na ocenke ishodov i processa okazaniya medicinskoj pomoshhi. *Vestnik Sankt-Peterburgskoj medicinskoj akademii poslediplomnogo obrazovanija*. 2010;2(2):100-105. (In Russ.)]

8. Моисеева И.Е., Кузнецова О.Ю., Фролова Е.В., Плавинский С.Л. Оценка качества оказания медицинской помощи в общей врачебной практике // Российский семейный врач. – 2008. – № 1. – С. 44–46. [Moiseeva IE, Kuznecova OJu, Frolova EV, Plavinskij SL. Ocenka kachestva okazaniya medicinskoj pomoshhi v obshhej vrachebnoj praktike. *Rossijskij semejnij vrach*. 2008(1):44-46. (In Russ.)]

9. Vainiomäki S, Kuusela M, Vainiomäki P, Rautava P. The quality of electronic patient records in Finnish primary healthcare needs to be improved. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2008;26(2). <http://dx.doi.org/10.1080/02813430701868806>.

Информация об авторе

Ирина Евгеньевна Моисеева — канд. мед. наук, доцент кафедры семейной медицины ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Минздрава России. E-mail: irina.moiseeva@szgmu.ru.

Information about the author

Irina E. Moiseeva — PhD, associate professor of the Department of Family Medicine of North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov. E-mail: irina.moiseeva@szgmu.ru.