

МОДЕЛЬ КОНЕЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ КАК МЕТОД КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОДОВСПОМОЖЕНИИ

© К.В. Ярославский², В.О. Атласов², В.М. Болотских¹

¹ФГБНУ «НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта», Санкт-Петербург;

²ГБУЗ «Родильный дом № 9», Санкт-Петербург

Поступила в редакцию: 08.11.2016

Принята к печати: 05.12.2016

■ В статье рассматриваются вопросы управления качеством медицинской помощи в родовспоможении, целью которых является рассмотрение различных моделей управления, их недостатки и преимущества. Подробно описана система всеобщего управления качеством, основанная на удовлетворение потребностей пациента. Представлена методика модели конечных результатов и ее использование в родовспомогательном учреждении для комплексной оценки деятельности и обеспечения непрерывного совершенствования и улучшения качества медицинской помощи. Приведен расчет показателей работы акушерского стационара и динамический анализ их эффективности.

■ **Ключевые слова:** качество медицинской помощи; управление качеством; модели управления качеством; всеобщее управление качеством; модель конечных результатов; родовспоможение.

THE MODEL FINAL RESULTS HOW THE METHOD OF COMPLEX EVALUATION OF IMPROVING QUALITY OF CARE IN OBSTETRICS

© K.V. Yaroslavsky², V.O. Atlasov¹, V.M. Bolotskikh¹

¹FSBSI "The Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Reproductology named after D.O. Ott", Saint Petersburg, Russia;

²GBUZ "Maternity hospital No 9", Saint Petersburg, Russia

For citation: Journal of Obstetrics and Women's Diseases. 2016;65(6):109-115

Received: 08.11.2016

Accepted: 05.12.2016

■ The article considers the issues of managing quality of medical care in obstetrics, the aim of which is to consider different management models, their advantages and disadvantages. Described the system of total quality management based on the needs of the patient. The presented method models outputs and its use in obstetric institution for integrated assessment activities and ensure continuous improvement and improve the quality of care. The calculation of the performance of the obstetric hospital and dynamic analysis of their effectiveness.

■ **Keywords:** quality of care; quality management; models of quality management; total quality management; the model outcomes obstetrics.

В период социально-экономических перемен, происходящих в России, вопросы охраны здоровья матери и ребенка, а также демографической ситуации занимают одно из основных мест в социальной политике страны [1–3]. Состояние качества медицинской помощи в родовспоможении отражено в ряде исследований, однако они носят разнонаправленный характер и не отвечают требованиям современной системы обеспечения качества [4–6]. Не рассматривая в деталях разработанные вопросы, коснемся лишь тех из них, которые относятся к данной теме. В соответствии с международными стандартами ISO 8402 «качество — это совокуп-

ность свойств и характеристик продукции и услуги, которые определяет их способность удовлетворять установленные и предполагаемые требования». Как указывает большинство современных исследователей, основным фактором, определяющим исход беременности и родов, является качество медицинской помощи, предоставляемой женщине [7–10]. Исходя из этого, качество ориентировано не на врача, а на пациента и его удовлетворение оказанной медицинской помощью. К характеристике качества как многофакторной проблеме большинство авторов относят результативность, безопасность, своевременность, доступность,

адекватность, преемственность, удовлетворенность, эффективность процесса, постоянное совершенствование и непрерывное улучшение результата [11, 12].

Изучение истории вопроса о развитии качества показывает, что на первых этапах исследований во всем мире старались дать ему оценку, проводя экспертизу, аудит, наблюдение и контроль [13]. Однако в процессе изучения стало понятным, что гораздо важнее оценки качества является анализ управления качеством или менеджмент качества. Становится очевидным, что наши современные отечественные представления о качестве существенно отстают от мировых стандартов, и, по сути дела, мы задержались на первом этапе, и основные усилия все еще сосредоточиваем на оценке качества, его экспертизе и контроле. Поэтому крайне важно перейти от контроля качества к управлению или обеспечению качества медицинской помощи. Реализация управления качеством должна проходить путем внедрения современных медицинских технологий, медицинских стандартов, клинических рекомендаций и локальных клинических протоколов [14–16].

Согласно данным литературы существуют три модели управления качеством [17–20]. При профессиональной модели критерием качества является индивидуальный профессиональный уровень знаний врача, основанный на интуитивном мышлении, при этом не учитываются экономические составляющие качества и оценка качества осуществляется самим врачом. Административная модель управления качеством основывается на стандартизации объемов, сроков, результатов оказанной медицинской помощи. Данная модель используется в настоящее время в большинстве учреждений здравоохранения России, в частности в Санкт-Петербурге. Несмотря на наличие ряда положительных качеств, административная модель имеет много недостатков: в ее использовании не участвуют вспомогательные и хозяйственные службы медицинского учреждения, органы управления здравоохранением, рядовые медицинские работники; управлением качеством медицинской помощи занимается только администрация и руководители медицинского учреждения; анализ и оценку качества медицинской помощи дают сами руководители подразделений; отклонения в лечебно-диагностическом процессе не контролируются и не корректируются; поступающая информация об оказании медицинской помощи бывает

необъективной, что затрудняет финансовую оценку учреждения и выбор способов оптимизации экономических затрат. Изложенные недостатки административной модели управления качеством могут привести к появлению неконтролируемых дефектов оказания медицинской помощи и увеличению финансовых расходов. По этим причинам выпадает важной критерий качества — доступность медицинской помощи, а в условиях несовершенства лечебно-диагностического процесса никакое финансирование не может удовлетворить потребность медицинской организации в ресурсах.

Перечисленных недостатков лишена третья модель управления качеством — индустриальная модель, построенная на основе разработанных стандартов. Зарубежные аналитики, обеспеченные состоянием медицинской помощи, считают, что один из путей улучшения ее качества — внедрение международных стандартов (МС) ISO серии 9000 2000 г. в медицинскую практику. Во всех развитых странах мира сертификации систем качества лечебно-профилактических учреждений уделяется особое внимание [21–24]. На современном этапе развития здравоохранения все большее значение приобретает идеология Total Quality Management (TQM) — всеобщего управления качеством. В рамках идеологии TQM под качеством медицинских услуг следует понимать не столько достижение или превышение общих характеристик услуг, сколько их соответствие нуждам и ожиданиям потребителей медицинских услуг — пациентам. В основу системы всеобщего управления качеством в здравоохранении положены следующие принципы: 1) нужды пациентов формируют работу организации здравоохранения; 2) обеспечение качества является приоритетной целью деятельности организации здравоохранения; 3) высокое качество медицинских услуг является следствием процессов качественного оказания медицинских услуг; 4) достижение высокого качества невозможно без изменения системы управления здравоохранением. Изменения системы управления, согласно мнению основателя идеи всеобщего управления качеством Э. Деминга, возможны при наличии следующих условий: ориентация на потребителя, лидирующая роль руководителя, вовлечение в обеспечение качества всех сотрудников, использование процессного и системного подхода к управлению, принятие решений на основании достоверных фактов, взаимовыгодные отношения с поставщиками, постоянное и не-

прерывное совершенствование. Не останавливаясь подробно на каждом из перечисленных условий, рассмотрим очень важный, с нашей точки зрения, тезис о непрерывном повышении и постоянном совершенствовании качества медицинской помощи.

Для реализации этого положения предлагается использование методики модели конечных результатов [25–28], которая практически не применяется в родовспоможении. Оценка деятельности родовспомогательных учреждений на основе формирования моделей конечных результатов дает возможность анализа качества работы как всего родильного дома, так и каждого отделения.

Все показатели деятельности родильного дома делятся на три группы. Первая группа характеризует показатели здоровья (перинатальная смертность, ранняя неонатальная смертность, частота различных осложнений беременности и родов — кровотечения, родовая травма, гипоксия плода, гнойно-септические осложнения, критические состояния и др.), вторая группа содержит показатели деятельности (укомплектованность учреждения медицинским персоналом, доля врачей, имеющих квалификационные категории, занятость койки в году, средний срок пребывания на койке, участие врачей в научных конференциях, в работе общества, наличие печатных работ и др.), в третью группу входят показатели дефектов качества медицинской помощи (дефекты диагностики, лечения беременных и рожениц, ошибочная тактика ведения родов, случаи ненадлежащего качества медицинской помощи по результатам внутри- и вневедомственного контроля, обращения в страховые медицинские организации, обоснованные жалобы пациентов, дефекты оформления медицинской документации и др.).

На первом этапе моделирования вычисляют средние фактические показатели на основании их динамики в учреждении за последние 3–5 лет. Нормативный, или контрольный, показатель устанавливается самим родовспомогательным учреждением, он соответствует желаемой или прогнозируемой величине, к которой следует стремиться в целях улучшения качества работы. Нормативные значения показателя должны быть такими, чтобы для их достижения требовалась определенная работа по мобилизации ресурсов, совершенствованию и улучшению деятельности персонала родильного дома. Обычно нормативные показатели превы-

шают фактические на 5–10 %. В связи с тем что дефектов деятельности быть не должно, контрольные значения для них не устанавливаются. При анализе деятельности родильного дома проводится численная оценка показателей, с этой целью для каждого показателя утверждается оценочная шкала (от 1 до 8–10 баллов). Шкала определяет относительную значимость данного показателя среди других показателей результативности (например, перинатальная смертность оценивается в 8 баллов, а анемия у беременных в 2 балла, занятость койки в году 0,5 балла).

Отклонение величины фактического показателя от контрольного значения может быть в сторону превышения или уменьшения. Поэтому для каждого показателя определяется знак отклонения «+» или «-». При утверждении контрольных показателей утверждается также и оценка (в баллах) отклонения на единицу измерения.

Основная цель методики конечных результатов состоит в суммарной оценке результатов деятельности, которая выражается коэффициентом комплексной оценки (ККО) и определяет отношение реально достигнутой суммы баллов (за вычетом баллов по показателям дефектов) к сумме баллов контрольных. Таким образом, модель конечных результатов позволяет оценить не только лечебно-диагностическую работу, но и структуру коечного фонда, штатный состав родильного дома, профессиональную подготовку врачей, частоту штрафных санкций и многие другие показатели работы. Кроме того, модель конечных результатов дает возможность зарегистрировать дефекты качества медицинской помощи, а ККО показывает, насколько достигнутые результаты отличаются от контрольных значений, утвержденных родовспомогательным учреждением.

Подсчет коэффициента комплексной оценки проводится по формуле

$$ККО = \frac{(ОПЗ_1 + ОПЗ_2 + \dots) + (ОПД_1 + ОПД_2 + \dots) - (ОПДФ_1 + ОПДФ_2 + \dots)}{(ОКЗ_1 + ОКЗ_2 + \dots) + (ОКД_1 + ОКД_2 + \dots)},$$

где ОПЗ — оценка показателя здоровья; ОПД — оценка показателей деятельности; ОПДФ — оценка показателей дефектов; ОКЗ — оценка контрольных показателей здоровья; ОКД — оценка контрольных показателей деятельности.

В качестве примера приводим некоторые данные, характеризующие работу родовспомо-

Таблица 1

Моделирование конечных результатов в системе обеспечения качества медицинской помощи родильного дома

Table 1

Modeling outcomes in the system to ensure the quality of medical care maternity hospital

Нормативный показатель	Единица измерения	Норматив (контрольный показатель)	Оценка норматива (балл)	Оценка отклонения в баллах на ед. измерения	Знак	Фактический показатель
Показатели здоровья						
Кровотечение в последовом и послеродовом периоде	На 1000 родов	12,2	4	0,03	-	13,6
Родовой травматизм новорожденных	% от родившихся живыми	1,5	4	0,01	-	1,7
Критические акушерские состояния	На 1000 родов	21,2	5	0,5	-	23,6
Кесарево сечение	На 1000 родов	256	3	2	-	285
Анемия беременных	% к числу закончивших	10,0	2	0,2	-	12,9
Показатели деятельности						
Доля врачей, имеющих квалификационную категорию	% к числу врачей	85	2	1,5	+	77
Участие в научных конференциях, в работе обществ, наличие печатных работ	% к числу врачей за 1 год	7,7	1	0,1	+	7
Число штрафных санкций и судебных исков	На 100 пациентов	22	3	0,5	-	25
Показатели дефектов						
Несоблюдение порядков, стандартов и клинических рекомендаций	% от проведенных экспертиз	-	-	0,5	-	9
Нарушение медицинской этики и деонтологии	Случаев на 10 пациентов	-	-	0,2	-	8
Дефекты оформления медицинской документации	% на 100 единиц медицинской документации	-	-	2	-	12
Обоснованные жалобы	На 1000 пациентов	-	-	3	-	9
Число выявленных нарушений при проверках учреждения	Случаев за 1 год	-	-	0,5	-	5

гательного учреждения, и расчет коэффициента комплексной оценки качества медицинской помощи (табл. 1).

Комплексная оценка результатов:

$$ККО = \frac{(67,4) + (17,2) - (59,6)}{32} = ККО = \frac{25}{32} = 0,78,$$

где ККО — коэффициент комплексной проверки.

В табл. 1 представлены три группы показателей, единицы их измерения, фактический показатель (тот, который есть в настоящее время)

и контрольный показатель (тот, к которому следует стремиться). В результате принятия ряда мер (управленческих решений) родильный дом должен достигнуть уровня контрольного показателя и тем самым улучшить лечебный (диагностический, организационный, экономический) процесс. По достижении желаемого результата уровень контрольного показателя вновь пересматривается в сторону улучшения (уменьшение или увеличение зависит от особенностей показателя), и опять ведется работа

по достижению этой новой величины. В этом и заключается принцип «непрерывного улучшения качества медицинской помощи», при котором обязательно присутствуют две составляющие: первая — постоянное повышение уровня стандарта протоколов ведения пациентов и вторая — непрерывный процесс достижения этих стандартов.

Заключение

В основных положениях «Стратегии охраны здоровья населения РФ на период 2013–2020 гг.» содержится важный тезис о необходимости внедрения в здравоохранении систем управления качеством медицинской помощи, которые представляют собой совокупность организационно-управленческих структур и действий, анализирующих, оценивающих и корректирующих условия процесса оказания и результат медицинской помощи для обеспечения пациенту качественной помощи. При этом должны соблюдаться следующие условия: непрерывность управления качеством, использование доказательной медицины, единство подходов в проведении ведомственной и вневедомственной экспертизы, мониторинг системы управления, изучение общественного мнения по вопросам качества медицинской помощи. Проведенные исследования об управлении качеством в родовспоможении свидетельствуют о заметном отставании отрасли в вопросах обеспечения качества и методах достижения оптимальных результатов, что требует дальнейшей разработки столь важной для акушерства проблемы.

Литература

1. Сухих Г.Т., Шувалова М.П., Фролова О.Г. Государственная политика в области охраны здоровья матери и ребенка — долгосрочные перспективы развития // *Акушерство и гинекология*. – 2013. – № 5. – С. 4–9. [Suhikh GT, Shuvalova MP, Frolova OG. National maternal and child health care policy: Long-term development prospects. *Akusherstvo i ginekologija*. 2013;(5):4-9. (In Russ.)]
2. Стародубов В.И., Суханова Л.П. Репродуктивные проблемы демографического развития России. – М.: ИД «Менеджер здравоохранения», 2012. – 320 с. [Starodubov VI, Suhanova LP. Reproaktivnye problemy demograficheskogo razvitiya Rossii. Moscow: ID "Menedzher zdavoohraneniya"; 2012. (In Russ.)]
3. Байбарина Е.Н., Филиппов О.С., Гусева Е.В. Модернизация службы охраны материнства и детства в Российской Федерации: результаты и перспективы // *Акушерство и гинекология*. – 2013. – № 12. – С. 4–9. [Bajbarina EN, Filippov OS, Guseva EV. Modernization of maternity and child care service in the Russian Federation: results and prospects. *Akusherstvo i ginekologija*. 2013;(12):4-9 (In Russ.)]
4. Брынза Н.С. Научное обоснование инновационной модели медицинской помощи роженицам и родильницам: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2010. [Brynza NS. Nauchnoe obosnovanie innovacionnoj modeli medicinskoj pomoshhi rozhenicam i rodil'nicom: [dissertation] Moscow; 2010. (In Russ.)]
5. Трпель В.Г., Полинская Т.А., Шишов М.А., и др. О контроле качества медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности и родов // *Акушерство и гинекология*. – 2011. – № 7–1. – С. 51–53. [Trenpel' VG, Polinskaja TA, Shishov MA, et al. Control of the quality of medical care to women during pregnancy and labor. *Akusherstvo i ginekologija*. 2011;(7-1):51-3. (In Russ.)]
6. Емельянова О.С. Менеджмент качества медицинской помощи при диспансерном наблюдении беременных: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2014. [Emel'janova OS. Menedzhment kachestva medicinskoj pomoshhi pri dispansernom nabljudenii beremennyh. [dissertation] Moscow; 2014. (In Russ.)]
7. Филиппов Ю.Н., Абаева О.П., Филиппов А.Ю., Щельина Н.Ю. Удовлетворенность пациента как один из критериев качества акушерско-гинекологической помощи (по результатам анализа письменных обращений населения г. Н. Новгорода) // *Акушерство и гинекология*. – 2013. – № 7. – С. 67–71. [Filippov JuN, Abaeva OP, Filippov AJu, Shhel'ina NJu. Patient satisfaction as one of the criteria for obstetric and gynecologic care quality (According to the results of analyzing written complaints from the population of Nizhny Novgorod). *Akusherstvo i ginekologija*. 2013;(7):67-71. (In Russ.)]
8. Петрова Е.И. Организационные аспекты совершенствования службы родовспоможения региона в современных условиях: Автореф дис. ... канд. мед. наук. – М., 2014. [Petrova EI. Organizacionnye aspekty sovershenstvovaniya sluzhby rodovspomozhenija regiona v sovremennyh uslovijah. [dissertation] Moscow; 2014. (In Russ.)]
9. Лебеденко Е.Ю. На грани медицинских проблем. – М.: Статус презенс, 2015. [Lebedenko EJu. Na grani medicinskih problem. Moscow: Status prezens; 2015. (In Russ.)]
10. Магомедова А.М. Научно-организационное обоснование оптимизации модели родовспоможения в Республике Дагестан: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2015. [Magomedova AM. Nauchno-organizacionnoe obosnovanie optimizacii modeli rodovspomozhenija v Respublike Dagestan. [dissertation] Moscow; 2015 (In Russ.)]

11. Всемирная организация здравоохранения. Европейский статистический подход к обеспечению безопасной беременности. Улучшение материнского и перинатального здоровья. – Женева, 2007. [Vsemirnaja organizacija zdravoohranjenja. Evropejskij statisticheskiy podhod k obespecheniju bezopasnoj beremennosti. Uluchshenie materinskogo i perinatal'nogo zdorov'ja. Zheneva; 2007. (In Russ.)]
12. Игнатовский А.В., Соколовский Е.С., Вишняков Н.И. О некоторых аспектах качества медицинской помощи // Врач. – 2012. – № 5. – С. 83–85. [Ignatovskij AV, Sokolovskij ES, Vishnjakov NI. O nekotoryh aspektah kachestva medicinskoj pomoshhi. *Vrach*. 2012;(5):83-5. (In Russ.)]
13. Князюк Н.Ф., Кицун И.С. Интеграция международных стандартов серии ИСО 9000: 2000 в систему управления качеством медицинской организации // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2009. – № 4. – С. 84–88. [Knjazjuk NF, Kicul IS. Integracija mezhdunarodnyh standartov serii ISO 9000 2000 v sistemu upravlenija kachestvom medicinskoj organizacii. *Obshhestvennoe zdorov'e i zdravoohranenie*. 2009;(4):84-8. (In Russ.)]
14. Международный стандарт ISO 8402–86 «Управление качеством и элементы системы качества». – Женева, 1986. [Mezhdunarodnyj standart ISO 8402-86 "Upravlenie kachestvom i jelementy sistemy kachestva". Zheneva; 1986. (In Russ.)]
15. Никитин В.А., Филончева В.В. Управление качеством на базе стандартов ИСО 9000: 2000. Политика. Оценка. Формирование. – 2-е изд. – М., 2004. [Nikitin VA, Filoncseva VV. Upravlenie kachestvom na baze standartov ISO 9000: 2000. Politika. Ocenka. Formirovanie. 2nd ed. Moscow; 2004. (In Russ.)]
16. Рахлин К.М. MS ISO серии 9000 версии 2000 г.: сущность и содержание процессного подхода // Стандарты и качество. – 2001. – № 1. – С. 45–47. [Rahlin KM. MS ISO serii 9000 versii 2000g.: sushhnost' i sodержание processnogo podhoda. *Standarty i kachestvo*. 2001;(1):45-7. (In Russ.)]
17. Ткач О.А. Система управления качеством медицинской помощи // Главврач. – 2012. – № 5. – С. 33–37. [Tkach OA. Sistema upravlenija kachestvom medicinskoj pomoshhi. *Glavvrach*. 2012;(5):33-7. (In Russ.)]
18. Губов А.А., Поляков С.В., Каменский В.А., и др. Управление качеством в медицинской организации: оценка интенсивности использования ресурсов // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. – 2011. – № 4. – С. 56–58. [Gubov AA, Poljakov SV, Kamenskij VA, et al. Upravlenie kachestvo v medicinskoj organizacii: ocenka intensivnosti ispol'zovaniya resursov. *Menedzhment kachestva v sfere zdravoohraneniya i social'nogo razvitija*. 2011;(4):56-58. (In Russ.)]
19. Вялков А.И., Халфин Р.А. Управление качеством медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях на современном этапе // Главный врач. – 2009. – № 3. – С. 16–25. [Vjal'kov AI, Halfin RA. Upravlenie kachestvom medicinskoj pomoshhi v lechebno-profilakticheskikh uchrezhdenijah na sovremennom etape // *Glavnyj vrach*. 2009;(3):16-25. (In Russ.)]
20. Семенова Н.В. Анализ готовности персонала психиатрических учреждений к переходу на индустриальную модель управления качеством медицинской помощи: методические рекомендации. – СПб., 2012. [Semenova NV. Analiz gotovnosti personala psichiatricheskikh uchrezhdenij k perehodu na industrial'nuju model' upravlenija kachestvom medicinskoj pomoshhi: metodicheskie rekomendacii. Saint Petersburg; 2012. (In Russ.)]
21. Фукулова Ю. Драйв на работе // Коммерсант. Секрет фирмы. – 2013. – № 12. – С. 62–72. [Fukulova Ju. Drajv na rabote. *Kommersant. Sekret firmy*. 2013;(12):62-72. (In Russ.)]
22. Jabnoun N, Khafaji A. National cultures for quality assurance and total quality management. *J Transnational Management*. 2005;10(3):3-17. doi:10.1186/1742-4755-15-3.
23. Глудкин О.П., ред. Всеобщее управление качеством: учебник для вузов. – М.: Радио и связь, 2010. [Gludkin OP, red. Vseobshhee upravlenie kachestvom: uchebnik dlja vuzov. Moscow: Radio i svjaz'; 2010. (In Russ.)]
24. Тайц Б.М. Система управления качеством крупного стационара экстренной помощи как подсистема общегородской системы управления качеством // Менеджер здравоохранения. – 2013. – № 10. – С. 15–18. [Tajc BM. Sistema upravlenija kachestvom krupnogo stacionara jekstrennoj pomoshhi kak podсистема obshhegorodskoj sistemy upravlenija kachestvom. *Menedzher zdravoohraneniya*. 2013;(10):15-8. (In Russ.)]
25. Павлов В.В., Суслин С.А., Галкин Р.А. Моделирование конечных результатов в системе управления качеством медицинской помощи // Менеджер здравоохранения. – 2013. – № 10. – С. 18–22. [Pavlov VV, Suslin SA, Galkin RA. Modelirovanie konechnyh rezul'tatov v sisteme upravlenija kachestvom medicinskoj pomoshhi. *Menedzher zdravoohraneniya*. 2013;(10):18-22. (In Russ.)]
26. Михайлов Н.В. Методология обеспечения и управления качеством медицинской помощи в соответствии с международными стандартами ИСО серии 9000 // Вестник Росздравнадзора. – 2010. – № 3. – С. 19–27. [Mihajlov NV. Metodologija obespechenija i upravlenija kachestvom medicinskoj pomoshhi v sootvetstvii s mezhdunarodnymi standartami ISO serii 9000 // *Vestnik Roszdravnadzora*. 2010;(3):19-27. (In Russ.)]

27. Орлов А.Е. Научное обоснование системы обеспечения качества в условиях городской многопрофильной больницы: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2016. [Orlov AE. Nauchnoe obosnovanie sistemy obespecheniya kachestva v usloviyah gorodskoj mnogo-profil'noj bol'nicy. [dissertation] Moscow; 2016. (In Russ.)]
28. Уйба В.В., Чернышов В.М., Пушкарев О.В. Экономические методы управления в здравоохранении. – Новосибирск: Альфа Ресурс, 2012. [Ujba VV, Chernyshov VM, Pushkarev OV. Jekonomicheskie metody upravleniya v zdavoohranenii. Novosibirsk: Al'fa Resurs; 2012. (In Russ.)]

■ **Адреса авторов для переписки** (*Information about the authors*)

Константин Викторович Ярославский — врач-методист. СПб ГБУЗ «Родильный дом № 9». **E-mail:** roddom9@zdrav.spb.ru.

Владимир Олегович Атласов — канд. мед. наук. СПб ГБУЗ «Родильный дом № 9». **E-mail:** roddom9@zdrav.spb.ru.

Вячеслав Михайлович Болотских — д-р мед. наук, заместитель директора по лечебной работе. ФГБНУ «НИИ АГиР им. Д.О. Отта», Санкт-Петербург. **E-mail:** roddom9@zdrav.spb.ru.

Konstantin V. Yaroslavsky — methodist. St Petersburg GBUZ “Maternity hospital No 9”. Saint Petersburg, Russia. **E-mail:** roddom9@zdrav.spb.ru.

Vladimir O. Atlasov — chief doctor of St Petersburg GBUZ “Maternity hospital No 9”. Saint Petersburg, Russia. **E-mail:** roddom9@zdrav.spb.ru.

Vyacheslav M. Bolotskykh — MD Deputy Director for clinical work. FSBSI “The Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Reproductology named after D.O. Ott”. Saint Petersburg, Russia. **E-mail:** roddom9@zdrav.spb.ru.