

I.E. Rybal'chenko, Y.V. Chuyanov

CRITERIA OF MEDICAL SERVICES QUALITY ASSESSMENT

Irina Rybal'chenko – Director General, State Autonomous Institution Gormedtekhnik, Doctor of Economics, Associate Professor, Moscow; **e-mail: 111639@mail.ru.**

Yuriy Chuyanov – Head Physician, Moscow State Budgetary Healthcare Institution, Children's Dental Clinic #46, Department of Health of the City of Moscow, Moscow; **e-mail: ot.markering2012@yandex.ru.**

In the modern healthcare economics there currently exists some uncertainty and controversy in the use of the concept of «medical services quality» which becomes quite evident in particular while comparing the situation in Russia with the relevant situation in the developed market economy countries wherein the clinical error problem does exist yet has been regulated for many years. Particular attention in the article is drawn to the World Health Organization approaches determining the concept of medical services quality which have substantially evolved over time. The purpose of the article is to update the issue under the study, to form a conceptual framework aimed at its further research, to develop scientific approaches to determining the level of medical services quality. The final objective is to create a strategic causal relationships linking based direction for further development of the Russian practices of minimizing risks of medical intervention and to improve legal regulation in this area.

Keywords: healthcare; medical services; poor health services; risks of causing harm; types of clinical errors; patient safety; procedures of investigation; legislation.

И.Е. Рыбальченко, Ю.В. Чуянов

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Ирина Ефимовна Рыбальченко – генеральный директор Государственного автономного учреждения «Гормедтехника», доктор экономических наук, доцент, г. Москва; **e-mail: 111639@mail.ru.**

Юрий Васильевич Чуянов – главный врач Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Детская стоматологическая поликлиника № 46 Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва; **e-mail: ot.markering2012@yandex.ru.**

В современной экономике здравоохранения сложилась некоторая неопределенность и противоречивость в практическом употреблении понятия «качество медицинских услуг», что, в частности, проявляется при сравнении ситуации в России с ситуацией в странах с развитой рыночной экономикой, где проблема врачебных ошибок существует и регламентируется много лет. Особое внимание в статье обращено на подходы Всемирной организации здравоохранения, определяющие понятие «качество медицинских услуг», которые со временем существенно эволюционировали. Цель статьи – актуализировать данную проблему, сформировать понятийный аппарат ее исследования, разработать научные подходы к определению уровня качества медицинских услуг и на основе применения метода причинно-следственных связей и других сформировать стратегический вектор дальнейшего развития российской практики минимизации рисков медицинского вмешательства для пациентов, совершенствования ее законодательного обеспечения в этой сфере.

Ключевые слова: здравоохранение; медицинские услуги; некачественная медицинская помощь; уровень качества; риски причинения вреда; виды медицинских ошибок; безопасность пациента; процедуры исследований; законодательство.

Проблема качества медицинских услуг – одна из актуальных на уровне российского законодательства и дальнейшей ее теоретической проработки. Очевидно, что все медицинские услуги разнородны по своему качеству, которое может чисто теоретически варьироваться от ненадлежащего (нанесение вреда здоровью пациента некомпетентными действиями или отсутствие пользы для здоровья) до высочайшего (как достижения максимально возможного эффекта с достижением пациентом максимального возможного возраста). Как справедливо замечает Л.Т. Гибадуллина, «практически любая медицинская услуга в принципе обладает риском причинения вреда самим медицинским вмешательством» [5]. А Е.Е. Румянцева, характеризуя обстановку, предлагает ее рассматривать в категориях медико-демографического кризиса и выхода из него [10].

При этом проблема качества медицинских услуг пока не урегулирована ни на теоретическом, ни на практическом уровне. По нашему мнению, заслуживает внимания подход Ю.И. Растовой и М.А. Растова, которые предлагают исследовать генезис понятий науки управления через исследование истоков зарождения того или иного научного направления, его исторического развития через призму смены теорий, современное состояние и перспективы развития [9, с. 6–7]. К этому можно добавить выявление дискуссионной составляющей понятийного аппарата и наличие данной дискуссионности (как противоречивости) в действующем законодательстве.

По данным, представленным в публикации к.м.н., заслуженного врача Республики Бурятия, главного врача ГАУЗ «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко» Министерства здравоохранения Республики Бурятия Е.Ю. Лудуповой, ежегодно во всем мире происходит 43 млн медицинских ошибок [6].

К ним относятся:

- диагностические ошибки (неправильное установление диагнозов);
- медикаментозные (связанные с не-

правильным назначением и использованием лекарственных препаратов);

- хирургические (удаление здорового органа или органа, поддающегося терапевтическому лечению);

- госпитальная пневмония (ненадлежащее содержание пациента в больнице, который в результате этого заболевает и часто умирает от пневмонии);

- инфекционная (заражение пациентов инфекциями в медицинских учреждениях – 7% госпитализированных пациентов в странах с высоким уровнем дохода и не менее 10% – в развивающихся странах могут быть заражены как минимум одной инфекцией в ходе оказания им медицинской помощи [3, с. 67]);

- лабораторные (предоставление неправильных данных анализов крови, мочи и др. в ходе проведения некачественными реагентами или их фальсификация с целью экономии затрат на проведение анализа вообще);

- терапевтическая (установление врачом неправильного режима питания и диеты, неправильного образа жизни);

- ошибки ухода (возникновение у пациентов пролежней).

Только в США от врачебных ошибок умирают, по разным оценкам, от 210 тыс. до 440 тыс. пациентов в год. Общее же число случаев причинения вреда здоровью пациентов вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи в США, по материалам доклада, достигает более миллиона в год. В 1996 г. в Британское национальное агентство по безопасности пациентов (NPSA) поступило более 24 тыс. сообщений о больных, получивших неправильную медицинскую помощь [14]. Каждый десятый в общественных больницах Новой Зеландии страдает от предотвратимых медицинских ошибок (в Австралии – каждый девятый). В Австралии ежегодно фиксируется около 30 000 случаев причинения серьезного вреда здоровью пациентов, приводящих к временной или стойкой нетрудоспособности [16].

В Германии больничные инфекции убивают 30 тыс. человек ежегодно. В странах Европейского Союза от 8 до 12%

от общего числа пациентов испытывают на себе последствия врачебных ошибок. То есть, по мнению Е.Ю. Лудуповой, примерно 10% населения мира страдает от врачебных ошибок (по нашему мнению, для всех стран мира эта цифра существенно больше, а названная цифра относится к странам с высоким уровнем дохода) [6]. А.Г. Фоменко, представляющий Государственную службу медицинских судебных экспертиз в Белоруссии, подчеркнул в своей статье, что в Государственной службе медицинских судебных экспертиз Республики Беларусь ежегодно с начала 2000-х годов на 1520% возрастает количество экспертиз, назначенных правоохранительными органами по делам о ненадлежащем оказании медицинской помощи «В 2006 г., – отмечает он, – проведено 168 таких исследований, из которых причинная связь дефектов медицинской помощи с наступлением неблагоприятного исхода доказана примерно в половине экспертиз, а различные виды профессиональных нарушений (включая дефекты ведения медицинской документации) встречались практически в каждом рассматриваемом случае. С учетом того, что по международным данным в судебные инстанции обращается, как правило, менее 5% пострадавших пациентов, можно ожидать, что реальное число неблагоприятных событий в здравоохранении Республики Беларусь довольно высоко» [14, с. 58]. Неудовлетворительное состояние качества оказания медицинских услуг характерно не только для Белоруссии, но и для многих других стран мира со средним и низким уровнем дохода, многие из которых просто продолжают скрывать эти данные, не замечая эту острейшую для общества проблему.

На международном уровне принят ряд документов («Декларация о развитии прав пациентов в Европе» (ВОЗ, 1994), «Конвенция о защите прав человека при проведении биомедицинских исследований» (Совет Европы, 1999), «Европейская хартия прав пациентов» (Европейская гражданская инициатива, 2002)), преодолевающих нежелание медицинских работников открыто обсуждать проблемы оши-

бок и предусматривающих право пациентов на участие в разборе ситуаций, связанных с врачебными ошибками, на получение информации об этих ситуациях. Хронологически первой страной, проявившей заботу о безопасности пациентов в ходе получения ими медицинской помощи, является Финляндия, где с 1992 г. действует Акт о статусе и правах пациентов медицинских учреждений. В 1994 г. был принят также Акт о профессиональных медицинских работниках, а 1996 г. – Акт о нанесении вреда пациенту. Безусловно, урегулирование этих вопросов в нормах права свидетельствует о более высокой проработке данной значимой проблемы, чем в странах, где такие законы о безопасности пациентов отсутствуют. В рамках реализации этих актов ведется контроль за внутрибольничными инфекциями, составляются официальные отчеты о случаях побочного действия лекарств. Искоренение некачественной медицинской помощи связывается с развитием системы непрерывного обучения кадров системы здравоохранения. Закон о правах пациентов в Австрии действует с 1998 г., к 2004 г. была разработана концепция реформы здравоохранения, главным принципом которой выступала гарантия качества. Для всех медицинских учреждений Австрии, не включающих вопросы безопасности пациентов и качества медицинских услуг в своей деятельности, были введены штрафные санкции. С начала 2000-х гг. уже во многих странах Европы, в США, Сингапуре политика органов управления здравоохранением стала выстраиваться именно в таком направлении – основываясь на открытом выявлении, обсуждении и поиске путей своевременного предотвращения врачебных ошибок. В Швейцарии, например, проблемой безопасности пациентов в ходе получения ими медицинской помощи стали заниматься с 2000 г. В 2005 г. всем больницам было предложено разработать местные системы отчетности о критических ситуациях. В Норвегии на законодательном уровне было принято требование, обязывающее медицинских работников сообщать о случаях врачебных ошибок. Но

было выявлено, что случаев добровольного признания в совершении ошибок мало и на практике их значительно больше. В Германии в 2004 г. был создан Комиссариат федерального правительства по правам пациентов, а в 2005 г. был открыт Институт качества и эффективности здравоохранения, который призван был возглавить работу по обеспечению качества. Выпущено также руководство по правам пациентов медицинских учреждений, в котором, кроме права свободного выбора лечащего врача, подчеркивающего, что врачи не являются взаимозаменяемыми, и качество их работы разнится, есть также право получения «второго мнения» от другого врача (в российской хирургической практике пациенты практикуют правило трех мнений разных хирургов на проведение операции), право на информирование и доступ к медицинским документам. В Дании закон «О безопасности пациентов» обязывает с 2004 г. медицинских работников через систему отчетности раскрывать ошибки и их последствия в случаях причинения вреда здоровью пациентов. Значение этих документов не только в информировании пациентов о возможных рисках оказания им медицинской помощи, но в защите прав медицинских работников, которые, как и представители других профессий, имеют право на ошибку и в случае добровольного сообщения о ней через систему отчетности, освобождаются от дисциплинарного наказания. Освобождение от ответственности не распространяется на случаи халатности, небрежности и умышленного причинения вреда.

В России статистика врачебных ошибок не ведется, создается видимость, что врачебная ошибка – это всего лишь единичный случай, но российские эксперты полагают, что в нашей стране 50 тыс. человек умирает от медицинских ошибок, а российскими врачами (главным образом – стоматологами, гинекологами и хирургами) каждый третий диагноз в настоящее время устанавливается неправильно [6, с. 6–7]. Е.Ю. Лудупова подчеркивает, что «внедрение стандартов обеспечения качества положительно влияет на сокращение

числа медицинских ошибок, а переход к открытому выявлению и изучению причин диагностических ошибок способствует активному использованию предупреждающих и корректирующих действий» [6, с. 14], т.е., по сути, к системе, которая существует в странах с высоким уровнем дохода.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежегодные затраты, связанные с ошибками лечения, оцениваются в 42 млрд долларов, не учитывая потерянную заработную плату, упущенную производительность и затраты на здравоохранение [3, с. 17]. В исследовании мирового бремени небезопасного оказания медико-санитарной помощи было подсчитано, что каждый год в мире регистрируется 421 млн госпитализаций и 42,7 млн случаев нежелательных явлений, приводящих к ежегодной потере 23 млн лет жизни, скорректированных на инвалидность. Примерно две трети случаев некачественной медицинской помощи отмечается в странах с низким и средним уровнем дохода [3, с. 95].

Вопрос заключается в том, как государство с помощью инструментов государственного регулирования должно добиваться от всех без исключения медицинских организаций надлежащего качества работы (с исключением случаев злоупотребления должностными полномочиями врача, т.е. коррупции с нанесением вреда здоровью пациента своими действиями или игнорирования интересов пациентов) и как пациентам в их повседневной практике обращения за медицинской помощью уметь отделять качественные медицинские услуги от низкокачественных или совершенно некачественных и не обращаться к специалистам, в те медицинские учреждения, которые им не помогут и могут даже навредить своими устными советами, письменными направлениями на лечение и действиями в соответствии с этими направлениями. Высокая вариативность качества оказания медицинских услуг в системе российского здравоохранения обуславливает актуальность исследования данной актуальной и значимой проблемы.

С 2005 г. Росздравнадзор ежегодно проводит всероссийскую научно-практическую конференцию «Медицина и качество», на которой на протяжении 12 лет ставятся актуальные проблемы, задачи в этой области и формируются позиции относительно совершенствования уже применяемых мер государственной политики и корректировок нормативно-правовой базы.

Рассмотрим несколько подходов к определению и совершенствованию качества медицинских услуг, предлагаемых участниками данной конференции, проводимой на государственном уровне.

Генеральный директор центров косметологии «Реднор», президент НП «Содействие объединению частных медицинских центров и клиник», к.м.н. С.С. Мисюлин и член правления НП «Содействие объединению частных медицинских центров и клиник», к.э.н. Д.А. Борисов обратили внимание на то, что российское законодательство в 2009 г. никак не определяло понятие «качество медицинских услуг», что усложняет обсуждение этой темы, поскольку это понятие может трактоваться каждым из участников конференции по-разному [7]. По их мнению, «в сущностном значении качество объекта – это та определенность, благодаря которой он является именно этим, а не иным объектом; это совокупность свойств, обуславливающих его способность удовлетворять определенные потребности субъектов в соответствии с его назначением. Таким объектом является и медицинская услуга. Это товар. Товар потребительского назначения». В связи с таким пониманием качества медицинских услуг (как товара, за который потребитель голосует рублем), авторы статьи сетуют также, что избыточная бюрократическая активность регламентирования деятельности российских медицинских организаций не привела, по их мнению, к какому-то заметному повышению качества оказания медицинских услуг. По их мнению, «нигде в мире государство не создает публичных требований по качеству товара для частных отношений между продавцом и покупателем. И надзору, и контролю государство

повсеместно подвергает вовсе не качество товара, а его безопасность для потребителя, обычно в соответствии с законодательством о техническом регулировании» [7, с. 31]. В Резолюции конференции, прошедшей в 2009 г., было определено, что в России много сделано по вопросам обеспечения качества оказания медицинской помощи. «Вместе с тем остается еще немало проблем, от решения которых зависит способность системы здравоохранения страны обеспечить адекватный ответ на вызовы времени, существенно повлиять на повышение показателей здоровья населения и на крайне сложную демографическую ситуацию», в частности, отсутствует надлежащее регламентирование управления качеством в здравоохранении, законодательное определение таких понятий, как «врачебная ошибка», «экспертиза качества медицинской помощи», «дефекты оказания медицинской помощи» и т.д. Специалисты из Иркутского государственного института усовершенствования врачей предложили в 2009 г. на обсуждение законопроект «О качестве медицинской помощи» [12, с. 3], который впоследствии не был поддержан.

В 2018 г. глава представительства Всемирной организации здравоохранения в России М. Вуйнович, выступая на данной конференции, подчеркнула, что на уровне ВОЗ за 1997–2015 гг. понятие «качество медицинских услуг» эволюционировало [4, с. 14]. По ее мнению, обеспечить высокое качество услуг здравоохранения – это значит обеспечить:

- качество кадров здравоохранения;
- высокое качество работы во всех медицинских организациях;
- безопасное и эффективное использование лекарственных средств, изделий медицинского назначения и иных технологий;
- эффективное использование информационных систем здравоохранения;
- реализацию механизмов финансирования, поддерживающих постоянное повышение качества [4, с. 19].

В настоящее время на уровне ВОЗ принята позиция, что понятие качества медико-санитарных услуг должно вклю-

чать семь измеримых характеристик: эффективность, безопасность, ориентированность на людей, своевременность, справедливость, интегрированность и рациональность [3] (см. рисунок).

По данным этого доклада, качество медико-санитарной помощи в большинстве стран, в частности в странах с низким и средним уровнем дохода, не достигает оптимального уровня [4], и это подтверждается следующими примерами.

- Показатель соблюдения руководств поклинической практики в восьми странах с низким и средним уровнем дохода составил в ряде случаев менее 50%, что обуславливает низкое качество дородовой помощи и помощи детям, а также неэффективность работы по планированию семьи.

- В результате исследований, проведенных в рамках Инициативы «Индикаторы качества предоставления услуг» всеми странами с низким и средним уровнем дохода, выявлены существенные расхождения в показателях отсутствия поставщиков на рабочем месте (14,3–44,3%), ежедневной продуктивности (5,2–17,4 пациентов), точности диагноза (34–72,2%) и соблюдения руководств поклинической

практике (22–43,8%) [3].

- Систематический обзор 80 исследований показал, что низкое качество клинической практики характерно как для частных, так и для государственных учреждений первичной медико-санитарной помощи в ряде стран с низким и средним уровнем дохода.

- Данные Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) по странам высоким и средним уровнем дохода показывают, что 19–53% женщин в возрасте 50–69 лет не проходили скрининговые маммографические обследования и 27–73% пожилых (в возрасте от 65 лет) не получали вакцинацию против гриппа[3].

- В большинстве стран как минимум у половины взрослых пациентов, страдающих повышенным артериальным давлением, данное состояние не диагностировано. Таким образом, охват лечением больных артериальной гипертензией остается низким – от 7% до 61% пациентов, отмеченных в обследованиях домохозяйств. При этом фактический охват терапией еще ниже – от 1% до 31%, что также относится к вопросам обеспечения качества» [3, с. 11, 17].



Составляющие качества медико-санитарной помощи в трактовке ВОЗ
 Источник: [3. С. 31].

По определению ВОЗ, «качество – это сложное, многогранное понятие. Для его улучшения необходимо разрабатывать и применять комплекс определенных мер. Пять важнейших составляющих качественной медико-санитарной помощи – это медицинские кадры, организации здравоохранения, лекарства, устройства и другие технологии, информационные системы и финансирование <...> Качество услуг здравоохранения является одним из основополагающих условий всеобщего охвата услугами здравоохранения <...> Доступ к помощи без гарантии качества можно считать пустым обещанием всеобщего охвата услугами здравоохранения <...> Если страны могут позволить себе оказывать медико-санитарную помощь, а такая возможность должна быть даже у беднейших стран, они должны оказывать помощь высокого качества. Помощь низкого качества не только вредна, но и расходует драгоценные ресурсы, которые можно инвестировать в другие важные направления социально-экономического развития, чтобы повышать уровень жизни граждан» [4, с. 12, 16].

По мнению руководителя Росздравнадзора, д.м.н. М.А. Мурашко и советника руководителя А.И. Панина, качество деятельности российских медицинских организаций является одним из важнейших факторов снижения смертности и увеличения продолжительности жизни российских граждан [8]. А.А. Третьяков, О.В. Сертакова и М.Н. Дудин полагают, что качество оказания медицинских услуг, от которого напрямую зависит продолжительность жизни в той или иной стране мира, во многом связано с системными подходами к здравоохранению в целом, и также, что «высокий уровень дефицитности системы обязательного медицинского страхования не может обеспечить должного качества медицинских услуг» [13, с. 194]. В этой связи возникает вопрос о качестве не только каждой медицинской организации и всей российской системы здравоохранения, но также и качестве ее государственного регулирования, качестве импорта услуг зарубежных систем

здравоохранения, качестве работы каждого специалиста и руководителя и зоны ответственности за качество медицинских услуг со стороны пациентов. Из всех этих составляющих и будет создан высокий уровень качества всей системы российского здравоохранения, куда бы ни обратился за медицинской помощью тот или иной пациент.

Исходя из этих подходов к трактовке качества медицинских услуг, можно сделать вывод, что это – сложное понятие, требующее серьезной методической проработки и организации мониторинга национальной системы здравоохранения по многим (более 1000) показателям, что, в частности, было подробно исследовано Е.Е. Румянцевой [11].

Рассмотрим, как современная теория качества оказания медицинских услуг отражена в различных стратегических документах с акцентом на необходимость постановки и решения этой приоритетной задачи общегосударственной стратегической значимости.

В п. 40 раздела III «Стратегии развития информационного общества в Российской Федерации на 2017–2030 годы» установлено, что реализация проектов по повышению доступности качественных медицинских услуг и медицинских товаров – первая в ранжировании всех других основных задач применения информационных и коммуникационных технологий для развития социальной сферы, системы государственного управления, взаимодействия граждан и государства (наряду с качественными образовательными услугами, финансовыми услугами, услугами в сфере обеспечения занятости населения и др.) [1]. Таким образом, в данном нормативном правовом акте отражается устоявшаяся в России и в мире методология отнесения медицинских услуг к социальной сфере и их разграничения на качественные и некачественные.

В «Стратегии развития экспорта услуг до 2025 года» вопросы качества оказания медицинских услуг рассмотрены в контексте анализа статистики их экспорта. Указано, что Россия по показателю ин-

декса медицинского туризма заняла в 2016 г. 34 место в рейтинге из 41 стран мира. В данном документе сказано, что «согласно индексу медицинского туризма (МТИ) состояние здравоохранения в Российской Федерации оценивается как низкое. Требуется обеспечить конкурентоспособные цены на медицинские услуги, смягчить визовые правила для медицинских туристов, рекомендуется разработать стратегию, включающую меры по международной аккредитации медицинских учреждений с квалифицированными врачами и медицинским персоналом и современным медицинским оборудованием» [2].

Впервые МТИ опубликовано данные в 2014 г., представив результаты сравнения 30 стран на основе 34 критериев [15].

Исходя из вышесказанного можно сделать однозначный для теории и современного законодательства вывод, что в понятийном определении качество медицинских услуг – это составляющая более широкого понятия «качество жизни» граждан. При этом сохраняется пока неопределенность трактовки данного понятия, его четкого структурирования с количественным определением, что вызывает панику у пациентов, не желающих попасть в зону рисков некачественной медицинской помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Указ Президента РФ от 09.05.2017 г. № 203 «О Стратегии развития информационного общества в Российской Федерации на 2017–2030 годы» // Собрание законодательства РФ. 2017. 15 мая. № 20. Ст. 2901.

2. Распоряжение Правительства РФ от 14.08.2019 г. № 1797-р «Об утверждении Стратегии развития экспорта услуг до 2025 года» (вместе с «Планом мероприятий по реализации Стратегии развития экспорта услуг до 2025 года») // Собрание законодательства РФ. 2019. 19 августа. № 33. Ст. 4850.

3. Совместный доклад Всемирной организации здравоохранения, Организации экономического сотрудничества и развития и Всемирного банка «Предоставление

качественных услуг здравоохранения: обязательное условие всеобщего охвата услугами здравоохранения на мировом уровне». Женева, 2019.

4. Вуйнович М. Безопасность пациентов: основной элемент качества здравоохранения для достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения. Презентация доклада. 3 декабря 2018. 16 с. URL: <http://roszdravnadzor.ru/i/upload/files/%D0%9D%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8/%D0%A4%D0%BE%D1%82%D0%BE/03.12.2018/%D0%92%D1%83%D0%B9%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D1%87.pdf> (дата обращения: 12.12.2019).

5. Гибадуллина Л.Т. О проблеме правового статуса плода как пациента // Медицинское право. 2017. № 5. С. 19–24.

6. Лудупова Е.Ю. Врачебные ошибки. Литературный обзор // Вестник Росздравнадзора. 2016. № 2.

7. Мисюлин С.С., Борисов Д.А. Качество медицинских услуг как категория частных (потребительских) предпочтений // Приложение к журналу «Вестник Росздравнадзора». 2010. № S1. С. 31–32.

8. Мурашко М.А., Панин А.И. Резервы снижения смертности и увеличения продолжительности жизни (по материалам конференции «Медицина и качество-2018») // Вестник Росздравнадзора. 2019. № 1. С. 4–24.

9. Растова Ю.И., Растов М.А. Риск-менеджмент. СПб: Изд-во СПбГЭУ, 2016. 84 с.

10. Румянцева Е.Е. Мониторинг национальных систем здравоохранения // Мировая экономика и международные отношения. 2018. № 2. Т. 62. С. 92–99.

11. Румянцева Е.Е. Факторы медико-демографического кризиса в стране // Вестник Российской академии сельскохозяйственных наук. 2004. № 4. С. 86–88.

12. Серегина И.Ф. Качество медицинской помощи как основа общественного здоровья // Приложение к журналу «Вестник Росздравнадзора». 2010. № S1. С. 2–3.

13. Третьяков А.А., Сертакова О.В., Дудин М.Н. Государственное регулирование здравоохранения и качество медицинских услуг как составляющая социальной

функции государства // Государственное управление. Электронный вестник. 2019. № 72. С. 188–209.

14. *Фоменко А.Г.* Системы отчетности о медицинских ошибках и неблагоприятных событиях в здравоохранении – важнейший элемент укрепления безопасности пациентов // Медицинские новости. 2012. № 5.

15. Medical Tourism Index: [site]. URL: <https://www.medicaltourismindex.com/overview/destination-ranking/> (дата обращения: 12.12.2019).

16. *Wilson R.M., Runciman W.B., Gibberd R.W. [et al.]*. The Quality in Australian Health Care Study // Med. Journal of Australia. 1995. Vol. 163. P. 458–471.