

DOI: 10.31082/1728-452X-2019-203-5-67-74

УДК 614.2

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ ИЗМЕРЕНИЯ КАЧЕСТВА В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

С.К. МУСИРЕПОВА^{1,2}, М.Д. БРИМЖАНОВА²¹ГКП на ПХВ «Городская студенческая поликлиника», г. Алматы, Республика Казахстан,²Казахский национальный университет им. аль-Фараби, г. Алматы, Республика Казахстан

Первичная помощь имеет большой потенциал для улучшения результатов в отношении здоровья населения посредством раннего вмешательства в процесс заболевания и скоординированного предоставления медицинской помощи. Качественное здравоохранение также подразумевает привлечение и вовлечение пациента, поэтому пациент принимает участие в профилактической помощи и лечении диагностированных состояний. Качество в контексте здравоохранения - это совместные усилия, в которых участвуют пациент, врач, семья пациента и сообщество в целом. Таким образом, улучшение качества первичной медицинской помощи было важной проблемой во всем мире на протяжении десятилетий. Парадигма XXI века - это парадигма врачей, которые понимают командную работу и системы помощи, в которых они могут обеспечить лидерство.

Ключевые слова: качество медицинских услуг, критерии качества, показатели качества услуг.

Для цитирования: Мусирепова С.К., Бримжанова М.Д. Международный опыт измерения качества в системе здравоохранения // Медицина (Алматы). – 2019. – №5 (203). – С. 67-74

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖҮЙЕСІНІҢ САПАСЫН БАҒАЛАУДАҒЫ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ТӘЖІРИБЕ

С.К. МУСИРЕПОВА^{1,2}, М.Д. БІРІМЖАНОВА²¹«Қалалық студенттік емхана» ШЖҚ КМК Алматы қ., Қазақстан Республикасы,
²Әл-Фараби атындағы, Қазақ ұлттық университеті. Алматы қ., Қазақстан Республикасы

Аурудың алдын алу және үйлестірілген медициналық көмек көрсету арқылы халықтың денсаулығын жақсартуда алғашқы көмектің үлесі аса зор. Медициналық көмектің сапалығы аурудың алдын алу және емдеу процесіне пациенттің тікелей қатысуын талап етеді. Денсаулық сақтау контекстінде сапалы көмек дәрігер, емделуші, емделушінің отбасы және қоғамның бірлескен нәтижесінен туындайды. Сондақтан алғашқы медициналық көмектің сапасын жақсарту ондаған жылдар бойы бүкіл әлем бойынша маңызды мәселе болып келеді. XXI ғасыр парадигмасы – бұл командалық жұмыс пен жүйелі көмекті қамтамасыз ете алатын көшбасшы дәрігерлер парадигмасы.

Негізгі сөздер: медициналық қызмет сапасы, сапа критерийлері, сапалы қызмет көрсеткіштері.

S U M M A R Y

INTERNATIONAL EXPERIENCE IN MEASUREMENT OF QUALITY IN HEALTHCARE SYSTEM

SK MUSSIREPOVA^{1,2}, MD BRIMZHANOVA²¹Municipal Students Polyclinic, Almaty c., Republic of Kazakhstan,
²Al-Farabi Kazakh National University, Almaty c., Republic of Kazakhstan

Primary health care has the potential to improve the results of public health by early intervention in medical problem and coordinated medical assistance. Furthermore high quality public health service means the patient's engagement and participation in preventive healthcare and treatment of diagnosed state. The quality in the context of medicine is joint efforts of the patient, physician, family of the patient and the community at large. As a result the improvement of primary healthcare was an important problem around the world over the decades. The paradigm of XXI century is a paradigm of the physicians who understands the teamwork and the assistance system where they can achieve leadership.

Keywords: quality of medical services, quality criterion, services quality performance.

For reference: Mussirepova SK, Brimzhanova MD. International experience in measurement of quality in Healthcare system. *Meditina (Almaty) = Medicine (Almaty)*. 2019;5(203):67-74 (In Russ.). DOI: 10.31082/1728-452X-2019-203-5-67-74

Контакты: Мусирепова

Саркыткуль Карменовна, врач-эксперт Городской студенческой поликлиники, магистрант медицинского факультета КазНУ им. аль-Фараби, г. Алматы.
E-mail: mussirepova_s@mail.ruContacts: Sarkytkul K Musirepova, doctor-expert of the City Student Polyclinic, Master Student of the Medical Faculty of the Al-Farabi Kazakh National University, Almaty c.
E-mail: mussirepova_s@mail.ru

Поступила 19.05.2019

Институт медицины определяет качество медицинской помощи как «степень, в которой медицинские услуги для отдельных лиц и групп населения увеличивают вероятность желаемых результатов в отношении здоровья и соответствуют современным профессиональным знаниям» [1, 2, 3].

По мере того, как расширяются знания и понимание сложностей качественного медицинского обслуживания, также увеличивается количество факторов, которые, очевидно, влияют на качество медицинского обслуживания. Кроме того, достижения в области здравоохранения сопровождаются соответствующим увеличением ожиданий людей в отношении еще лучшего качества обслуживания. Следовательно, качество в здравоохранении означает предоставление доступной, безопасной и эффективной помощи, в которой нуждается пациент.

Качественное здравоохранение также подразумевает привлечение и вовлечение самого пациента, поэтому пациент принимает участие в профилактической помощи и лечении диагностированных состояний. Качество в контексте здравоохранения - это совместные усилия, в которых участвуют пациент, независимый врач, семья пациента и сообщество в целом.

Инструмент измерения качества должен быть объективным, основываться на научных данных и не искажать результаты.

В настоящее время при измерении качества медицинской помощи часто используется консенсус экспертов для достижения согласия по точным определениям и спецификациям измерений. При разработке измерений качества необходимо убедиться, что существует:

- надежность - использование инструмента дает одно и то же значение независимо от того, кто выполняет измерение, когда и где проводится измерение;
- действенность - инструмент измеряет то, что предназначено;
- стандартизованность - определение элементов данных, сбор данных и анализ данных являются достаточно точными и понятными, чтобы их можно было понимать и применять одинаково, независимо от того, кто ссылается на них или применяет их [4].

Исследователи предостерегают от использования легко получаемых суррогатных конечных точек в качестве показателей качества, поскольку их достижение может не дать значимых результатов для здоровья пациента [5]. Связь между риском и биомаркерами, как правило, является непрерывной, но в измерениях часто используются дискретные ограничения. Например, клиницисты могут

обойти систему, посвятив непропорциональные усилия пациентам, вместо того, чтобы сосредоточиться на тех, кто подвергается наибольшему риску [6-13].

Lohr KN с коллегами в рамках исследования собрал более 100 определений качества медицинской помощи (наборов критериев, которые следует учитывать при определении качества). В рамках большого исследования, проведенного в США для улучшения качества предоставляемых услуг в области оказания медицинской помощи, было разработано согласованное определение качества медицинской помощи.

Критерии качества должны учитывать следующее: шкалу качества; оценку объекта; ориентированность на цели; приемлемость; идентификацию типа получателя услуг; заявление роли и ответственности получателя услуг; преемственность, управление, координацию; профессиональные стандарты; техническую компетентность провайдера; межличностные навыки провайдера; ограничения ресурсами; ситуации, зависящие от обстоятельств потребителя; ограничения технологией и состояние научных знаний; соотношение риска и выгоды; необходимость документирования [14].

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) включила несколько критериев, определяющих качество медицинской помощи, исходя из нескольких определений в литературе. Чтобы достичь этого, здравоохранение должно быть безопасным, эффективным, своевременным, справедливым и ориентированным на человека (табл. 1) [15].

Институт медицины США (ИОМ) в своем исследовании выделил потребительские ожидания от системы здравоохранения:

- сохранение здоровья, т.е. получение своевременной помощи для того, чтобы избежать заболеваний;
- улучшение здоровья, т.е. получение помощи для того, чтобы оправиться от болезни или травмы;
- жизнь с болезнью или инвалидностью, т.е. получение помощи в управлении текущим хроническим заболеванием или инвалидностью, которая влияет на жизнедеятельность;
- справиться с концом жизни, т.е. получение помощи в борьбе с неизлечимой болезнью.

Чем дальше будут проводимые измерения от данных идеальных технических критериев, тем сложнее будет использовать полученную информацию для сравнения с результатами плана и программами медицинского обслуживания, а также ответить на конкретные вопросы о предоставляемой медицинской помощи. Институт медицины США определяет качество как наличие свойств, представленных в таблице 1 [16].

Таблица 1 - Определение качества медицинской помощи и описание критериев

ВОЗ [15]		Институт медицины США [16]	
критерии ВОЗ	описание	критерии ИОМ	описание
Безопасность	Предоставление медицинской помощи, сводящей к минимуму риска и вред для пользователей услуг, в том числе предотвращение травм, которые можно предотвратить, и уменьшение количества медицинских ошибок	Эффективность	Относится к обеспечению процессов ухода и достижению результатов, что подтверждается научными данными

Продолжение таблицы 1

Эффективность	Предоставление услуг на основе научных знаний и основанных на фактических данных руководящих принципов	Действенность	Относится к максимизации качества сопоставимой единицы оказанной медицинской помощи или единицы пользы для здоровья, достигнутой для данной используемой единицы ресурсов здравоохранения
Своевременность	Сокращение задержек в предоставлении и получении медицинской помощи	Капитал	Относится к оказанию медицинской помощи одинакового качества тем, кто может отличаться личными характеристиками, помимо их клинического состояния или предпочтений помощи
Эффективность	Оказание медицинской помощи таким образом, чтобы максимально использовать ресурсы и избежать потерь	Ориентированность на пациента	Относится к удовлетворению потребностей, предпочтений пациентов и предоставлению информации и поддержки
Справедливость	Предоставление медицинской помощи, которая не отличается по качеству в соответствии с личными характеристиками, такими как пол, раса, этническая принадлежность, географическое положение или социально-экономический статус	Безопасность	Относится к фактическому или потенциальному телесному повреждению
Ориентированность на пациента	Обеспечение ухода, учитывающего предпочтения и чаяния отдельных пользователей услуг и культуру их сообщества	Своевременность	Относится к получению необходимого ухода при минимизации задержек

Таблица 3 - Пример измерения качества медицинской помощи в соответствии Avedis Donabedian [17]

Измерения структуры	Измерения процесса	Измерения результатов
Имеются ресурсы и организационные механизмы для оказания помощи	Для оказания медицинской помощи проводятся соответствующие действия врача и других поставщиков.	Результаты работы врача и других провайдеров
Количество медсестер. Процент врачей, прошедших сертификацию. Наличие программ по улучшению качества	Удельный вес охвата целевой группы женского населения маммографическим обследованием. Процент пациентов с астмой, для которых заказаны соответствующие лекарства. Количество подростков, которые обеспечены руководством по предотвращению курения.	Количество пациентов, успешно пролеченных. Количество возможных осложнений и летальных случаев. Уровень удовлетворенности пациентов

Измерения качества могут применяться к различным аспектам здравоохранения. Стандартизированный набор критериев, разработанный Avedis Donabedian M.D., является основой в науке об измерении качества медицинской помощи, которая все еще широко используется сегодня (табл. 3).

Считается, что в подходе к измерению качества должны произойти фундаментальные изменения. Суррогатные и не полностью подтвержденные измерения могут иногда надлежащим образом сообщать об улучшении качества, но измерения, используемые для публичной отчетности

и финансового стимулирования, должны соответствовать более высоким стандартам. Первоначальный набор принципов, которыми следует руководствоваться при разработке таких мер качества, должны:

- учитывать клинически значимые, ориентированные на пациента результаты;
- разрабатываться прозрачно и поддерживаться надежными научными данными, связывающими их с улучшением результатов в отношении здоровья в различных условиях;
- включать оценки, выраженные в общих показателях,

ожидаемых выгод и вреда для населения, к которому они применяются;

- сбалансировать время и ресурсы, необходимые для сбора и представления данных, с ожидаемыми преимуществами метрики;

- оцениваться и сообщаться на соответствующих уровнях; их не следует применять на уровне поставщика, если цифры слишком малы или когда меры по их улучшению требуют действий системы [9].

Такие измерения должны заслужить доверие общественности, поддержку врачей и способствовать расширению прав и возможностей пациентов. Их разработка должна быть открытой и прозрачной с тщательным вниманием к лучшим доказательствам полезности. Выводы о качестве, основанные на результатах, могут быть неточными, если результаты не скорректированы. Методы для внесения таких корректировок сложны. Тем не менее, корректировка показателей качества на основе характеристик пациентов может скрывать различия в производительности среди различных групп. Знание того, что качество зависит от возраста, расы или др. характеристик, само по себе может быть важным [18].

Показатели качества должны отражать, как поставщик медицинских услуг выявлял, изучал и учитывал ценности и предпочтения пациента, а не просто указывал, был ли проведен тест или вмешательство. Если отсутствует данный критерий, то это не может называться помощью, ориентированной на пациента, поскольку большинство вмешательств в области здравоохранения сопряжено с риском причинения вреда, меры должны отражать чрезмерное использование, а также недостаточное использование помощи [19].

Так, к примеру клинические вмешательства по снижению курения оказывают гораздо большее влияние на здоровье, чем гликемический контроль при диабете 2 типа, однако современные подходы затегают эти относительные вклады [20-23]. Barry G. Saver с соавторами призывают признать, что существуют затраты (время и ресурсы), связанные с получением и представлением данных, ожидаемые преимущества измерений должны быть сопоставлены с прямыми и альтернативными затратами на сбор данных [24]. Эти затраты могут быть уменьшены в той степени, в которой электронные медицинские карты могут собирать необходимые данные как часть процесса оказания медицинской помощи, а не ввод данных, необходимых в первую очередь для измерения. Также авторы отмечают, что следует признать, что улучшение состояния здоровья часто является результатом действий нескольких сторон на разных уровнях, а не отдельных поставщиков медицинских услуг. Во многих случаях действия пациента (или бездействие) имеют решающее значение [25].

Первичная медико-санитарная помощь (ПСМП) является первой точкой контакта для большинства потребителей медицинской помощи. Понятие семейной практики в рамках существующей китайской системы здравоохранения обозначает медицинское обслуживание, которое предоставляется в условиях сообщества всем возрастным группам населения врачами семейной практики и командой первичной медицинской помощи. Служба по контракту на семейную практику направлена на установление более

тесных отношений между жителями и врачами семейной практики, что побуждает врачей повышать эффективность и полноту оказываемой помощи, включая обеспечение периодической оценки состояния здоровья, раннего выявления и последующего консультирования при хронических состояниях, услуги по уходу на дому и традиционной китайской медицины. Пациенты мотивированы установить стабильные договорные отношения с врачами семейной практики, получать необходимую информацию, своевременное лечение и направления в медицинские учреждения более высокого уровня. Это исследование является одним из первых, которое предоставило доказательства того, что использование услуг семейной практики связано с более высоким качеством первичной медицинской помощи в Китае [26-34]. Исследования свидетельствуют о том, что улучшенное восприятие пациентом качества медицинской помощи было связано с контактом с врачами семейной практики. Частично этот вывод может быть объяснен ключевой особенностью семейной практики, то есть семейная практика сосредоточена на комплексном уходе, а не на отдельной болезни. Таким образом, процесс диагностики будет учитывать сложность физических, эмоциональных и социальных аспектов состояния пациента в рамках подхода, ориентированного на пациента [35]. Респонденты, заключившие договоренность с первичным звеном, дали более высокие общие баллы по PCAT в результате лучшего первого контакта, непрерывности, полноты и координации. Более высокий балл за первый контакт говорит о том, что лучшие результаты могут быть связаны со своевременной консультацией и лечением, а также с направлением на госпитализацию. Более высокий балл семейной практики может быть объяснен тем фактом, что пациенты, за которыми ухаживает один и тот же врач, лучше понимают состояние и здоровья. Это также может быть объяснено эффективным осуществлением последующего ухода семейным врачом, что оказало положительное влияние на удовлетворенность пациентов. Более высокий балл по полноте может быть связан с предоставлением комплексных базовых и государственных услуг респондентам, заключившим семейную практику. Более высокие показатели в области координации могут свидетельствовать о том, что своевременное направление способствует более тесной связи служб здравоохранения между различными уровнями системы здравоохранения.

Истинная ценность первичной медицинской помощи часто возникает, когда врачи решают не назначать тест, направлять пациента к другому врачу или начинать новое лечение [36]. Измерение других аспектов потенциала первичной медицинской помощи, связанных с лучшими результатами или более низкими затратами должны быть также измеримы. Примеры включают в себя комплексность услуг, предоставляемых семейными врачами, что связано с более низкими расходами; увеличение ответственности между врачом и пациентом, связанное с более низкими затратами и меньшим количеством осложнений распространенных хронических состояний, меньшее число госпитализаций, и более низкая общая смертность; меньший объем практики первичной медицинской помощи, связанный со снижением количества госпитализаций

из-за предотвратимых состояний [37-42]. Другие меры, связанные с более низкими общими затратами для более крупных систем первичной медицинской помощи, могут включать увеличение времени на посещение офиса сложными пациентами, круглосуточный доступ к специалистам местной клиники и тщательный выбор направления специалистами [43].

Как и в других странах СНГ здравоохранение Республики Казахстан находится на этапе реформирования. В этих условиях повышаются требования к качеству оказания медицинских услуг [44].

В плане нации 100 конкретных шагов по реализации пяти институциональных реформ 82 шагом предусмотрено создание Объединенной комиссии по качеству медицинских услуг при Министерстве здравоохранения Республики Казахстан [45]. Главная цель - внедрение передовых стандартов медицинского обслуживания (протоколы лечения, подготовка кадров, лекарственное обеспечение, контроль качества и доступности) [46]. На сегодняшний день Объединенная комиссия по качеству медицинских услуг функционирует на уровне МЗ РК и состоит из 5 блоков.

В рамках Государственной программы «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы» уже были начаты внедрения по фундаментальному развитию качества медицинских услуг путем разработки клинических протоколов, стандартов профильных служб, стандартов операционных процедур [47]. Внешняя оценка включает процесс самооценки на основе стандартов аккредитации. Многие организации, которые проводят аккредитацию стационара, имеют различные схожие стандарты. В Республике Казахстан стандарты аккредитации устанавливаются центром аккредитации и утверждаются уполномоченным органом.

В Республике Казахстан широко обсуждается и развивается корпоративное управление в медицинских организациях [48]. Создание Службы внутреннего аудита, который подчиняется наблюдательному совету, способствует прозрачности процесса и позволяет определить ключевые моменты медицинской организации по совершенствованию качественного медицинского обслуживания [49].

Управление на любом уровне медицинской организа-

ции должно быть связано с качеством. В данном случае вопросы качества должно быть в повестке дня на самом высоком уровне. Например, результаты исследования DUQuE показывают, что более четверти директоров больниц почти не уделяют внимания вопросам качества [50]. Это говорит о том, что чтобы иметь хорошее представление о качестве медицинской помощи, взаимодействии между департаментами или отделениями, директора/главные врачи больниц должны активно получать информацию от департаментов. Специалисты, с другой стороны, должны информировать отдел или комитет по качеству медицинских услуг по возникшим ситуациям, это способствует совместному сотрудничеству и улучшению качества медицинской помощи.

В Республике Казахстан в соответствии с приказом МЗ РК №173 от 27 марта 2015 г. проводится аудит и предусматривается изучение обратной связи врачей, пациентов. Основным следствием является то, что аудит и обратная связь не должны быть автономной службой в больницах, она должна быть непосредственно связана со всеми ключевыми клиническими областями [51].

Таким образом, парадигма XXI века - это парадигма врачей, которые понимают командную работу, и системы помощи, в которых они могут обеспечить лидерство. Ошибка должна быть заменена подходом к решению междисциплинарной проблемы, а приобретение знаний должно быть связано с приверженностью и пониманием необходимости изменений.

Прозрачность исследования

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получили гонорар за статью.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Steven A. Schroeder, Chassin M., Cooney L. et al. Advancing the Quality of Health Care: Key Issues and Fundamental Principles. Policy Statement by a Committee of the Institute of Medicine (US). Washington, D.C.: National Academy of Sciences; 1974. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK235475/>
- 2 Lohr K.N. Considerations in Defining Quality in Health Care. Medicare: A Strategy for Quality Assurance: VOLUME II Sources and Methods. Washington, D.C.: National Academies Press (US); 1990. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK235476/>
- 3 Donabedian A. Evaluating the quality of medical care // *Milbank Mem Fund Q* - 1966. - Vol. 07 (01). - P. 206
- 4 Lindenauer P.K., Lagu T., Ross J.S., Pekow P.S., Shatz A., Hannon N., et al. Attitudes of hospital leaders toward publicly reported measures of health care quality // *JAMA Intern Med.* - 2014 Dec. - Vol. 174 (12). - P. 1904-11. doi: 10.1001/jamainternmed.2014.5161
- 5 Eddy D.M., Adler J., Morris M. The 'Global Outcomes Score': a quality measure, based on health outcomes, that compares current care to a target level of care // *Health Aff (Millwood)*. - 2012. Nov. - Vol. 31 (11). - P. 2441-50. DOI: 10.1377/hlthaff.2011.1274

REFERENCES

- 1 Steven A Schroeder, Chassin M, Cooney L, et al. Advancing the Quality of Health Care: Key Issues and Fundamental Principles. Policy Statement by a Committee of the Institute of Medicine (US). Washington, D.C.: National Academy of Sciences; 1974. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK235475/>
- 2 Lohr KN. Considerations in Defining Quality in Health Care. Medicare: A Strategy for Quality Assurance: VOLUME II Sources and Methods. Washington, D.C.: National Academies Press (US); 1990. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK235476/>
- 3 Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q*.1966;07(01):206
- 4 Lindenauer PK, Lagu T, Ross JS, Pekow PS, Shatz A, Hannon N, et al. Attitudes of hospital leaders toward publicly reported measures of health care quality. *JAMA Intern Med.* 2014 Dec;174(12):1904-11. doi: 10.1001/jamainternmed.2014.5161
- 5 Eddy DM, Adler J, Morris M. The 'Global Outcomes Score': a quality measure, based on health outcomes, that compares current care to a target level of care. *Health Aff (Millwood)*. 2012. Nov;31(11):2441-50. DOI: 10.1377/hlthaff.2011.1274

- 6 Baker D.W., Qaseem A. Evidence-based performance measures: Preventing unintended consequences of quality measurement // *Annals of Internal Medicine*. - 2011 Nov 1. - Vol. 155 (9). - P. 638-40. DOI: 10.7326/0003-4819-155-9-201111010-00015
- 7 Martin S.A., Boucher M., Wright J.M., Saini V. Mild hypertension in people at low risk // *BMJ*. - 2014. - 349 doi:10.1136/bmj.g5432
- 8 Krumholz H.M., Lin Z., Keenan P.S., Chen J., Ross J.S., Drye E.E., et al. Relationship between hospital readmission and mortality rates for patients hospitalized with acute myocardial infarction, heart failure, or pneumonia // *JAMA*. - 2013 Feb 13. - Vol. 309 (6). - P. 587-93. doi: 10.1001/jama.2013.333
- 9 Saver B.G., Wang C., Dobie S.A., Green P.K., Baldwin L. The Central Role of Comorbidity in Predicting Ambulatory Care Sensitive Hospitalisations // *Eur J Public Health*. - 2014. February. - Vol. 24 (1). - P. 66-72. DOI: 10.1093/eurpub/ckt019
- 10 Miller A.B., Wall C., Baines C.J., Sun P., To T., Narod S.A. Twenty five year follow-up for breast cancer incidence and mortality of the Canadian National Breast Screening Study: randomised screening trial // *BMJ*. - 2014 Feb 11. - No 348. - g366. doi: 10.1136/bmj.g366
- 11 Pogach L., Aron D. The Other Side of Quality Improvement in Diabetes for Seniors: A Proposal for an Overtreatment Glycemic Measure // *Arch Intern Med*. - 2012 Oct 22. - Vol. 172 (19). - P. 1510-2. doi: 10.1001/archinternmed.2012.4392
- 12 Greenhalgh T., Howick J., Maskrey N. Evidence based medicine: a movement in crisis? // *Bmj*. - 2014 Jun 13. - No 348. - g3725. doi: 10.1136/bmj.g3725
- 13 Goitein L. Virtual quality: the failure of public reporting and pay-for-performance programs // *JAMA Intern Med*. - 2014 Dec. - Vol. 174 (12). - P. 1912-3. doi: 10.1001/jamainternmed.2014.3403
- 14 Lohr K.N. Medicare: A Strategy for Quality Assurance. - Volume 1. - Washington (DC): Institute of Medicine (US) Committee to Design a Strategy for Quality Review and Assurance in Medicare; National Academies Press (US); 1990. PubMed
- 15 Maternal, newborn, child and adolescent health. Available from: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/quality-of-care/definition/en/
- 16 Quality Indicators at a Glance Matrix. Available from: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/chttoolbx/indicators/index.html>
- 17 Uses of Quality Measurement. Available from: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/chttoolbx/uses/index.html#mgmt>
- 18 Saver B.G., Martin S.A., Adler R.N., Candib L.M., Deligiannidis K.E., Golding J., et al. Care that Matters: Quality Measurement and Health Care // *PLoS Med*. - 2015 Nov17. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001902>
- 19 National Healthcare Quality and Disparities Reports. Available from: <https://www.ahrq.gov/research/findings/nhqrd/index.html>
- 20 Mathias J.S., Baker D.W. Developing quality measures to address overuse // *JAMA*. - 2013. - Vol. 309 (18). - P. 1897-1898. doi:10.1001/jama.2013.3588
- 21 Fiore M.C., Baker T.B. Should clinicians encourage smoking cessation for every patient who smokes? // *JAMA*. - 2013. - Vol. 309 (10). - P. 1032-1033. doi:10.1001/jama.2013.1793
- 22 Mahvan T., Namdar R., Voorhees K., Smith P.C., Ackerman W. Clinical Inquiry: which smoking cessation interventions work best? // *J FamPract*. - 2011 Jul. - Vol. 60 (7). - P. 430-1. [PubMed]
- 23 Erlich D.R., Slawson D.C., Shaughnessy A.F. "Lending a hand" to patients with type 2 diabetes: a simple way to communicate treatment goals // *Am Fam Physician*. - 2014 Feb 15. - Vol. 89 (4). - P. 256, 258. [PubMed]
- 24 Khazan O. Why Don't We Treat Teeth Like the Rest of Our Bodies? *The Atlantic*. Available from: <https://www.theatlantic.com/health/archive/2014/09/why-dont-we-treat-teeth-like-the-rest-of-our-bodies/380703/>
- 25 Hershberger PJ, Bricker DA. Who determines physician effectiveness? *JAMA*. 2014;312(24):2613-2614. doi: 10.1001/jama.2014.13304
- 6 Baker DW, Qaseem A. Evidence-based performance measures: Preventing unintended consequences of quality measurement. *Annals of Internal Medicine*. 2011 Nov 1;155(9):638-40. DOI: 10.7326/0003-4819-155-9-201111010-00015
- 7 Martin SA, Boucher M, Wright JM, Saini V. Mild hypertension in people at low risk. *BMJ*. 2014;349 doi:10.1136/bmj.g5432
- 8 Krumholz HM, Lin Z, Keenan PS, Chen J, Ross JS, Drye EE, et al. Relationship between hospital readmission and mortality rates for patients hospitalized with acute myocardial infarction, heart failure, or pneumonia. *JAMA*. 2013Feb13;309(6):587-93. doi: 10.1001/jama.2013.333
- 9 Saver BG, Wang C, Dobie SA, Green PK, Baldwin L. The Central Role of Comorbidity in Predicting Ambulatory Care Sensitive Hospitalisations. *Eur J Public Health*. 2014Febr;24(1):66-72. DOI: 10.1093/eurpub/ckt019
- 10 Miller AB, Wall C, Baines CJ, Sun P, To T, Narod SA. Twenty five year follow-up for breast cancer incidence and mortality of the Canadian National Breast Screening Study: randomised screening trial. *BMJ*. 2014Feb11;348:g366. doi: 10.1136/bmj.g366
- 11 Pogach L, Aron D. The Other Side of Quality Improvement in Diabetes for Seniors: A Proposal for an Overtreatment Glycemic Measure. *Arch Intern Med*. 2012Oct 22;172(19):1510-2. doi: 10.1001/archinternmed.2012.4392
- 12 Greenhalgh T, Howick J, Maskrey N. Evidence based medicine: a movement in crisis? *Bmj*. 2014Jun13;348:g3725. doi: 10.1136/bmj.g3725.
- 13 Goitein L. Virtual quality: the failure of public reporting and pay-for-performance programs. *JAMA Intern Med*. 2014 Dec;174(12):1912-3. doi: 10.1001/jamainternmed.2014.3403
- 14 Lohr KN. Medicare: A Strategy for Quality Assurance. - Volume 1. - Washington (DC): Institute of Medicine (US) Committee to Design a Strategy for Quality Review and Assurance in Medicare; National Academies Press (US); 1990. PubMed
- 15 Maternal, newborn, child and adolescent health. Available from: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/quality-of-care/definition/en/
- 16 Quality Indicators at a Glance Matrix. Available from: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/chttoolbx/indicators/index.html>
- 17 Uses of Quality Measurement. Available from: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/chttoolbx/uses/index.html#mgmt>
- 18 Saver BG, Martin SA, Adler RN, Candib LM, Deligiannidis KE, Golding J, et al. Care that Matters: Quality Measurement and Health Care. *PLoS Med*. 2015Nov17. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001902>
- 19 National Healthcare Quality and Disparities Reports. Available from: <https://www.ahrq.gov/research/findings/nhqrd/index.html>
- 20 Mathias JS, Baker DW. Developing quality measures to address overuse. *JAMA*. 2013;309(18):1897-1898. doi:10.1001/jama.2013.3588
- 21 Fiore MC, Baker TB. Should clinicians encourage smoking cessation for every patient who smokes? *JAMA*. 2013;309(10):1032-1033. doi:10.1001/jama.2013.1793
- 22 Mahvan T, Namdar R, Voorhees K, Smith PC, Ackerman W. Clinical Inquiry: which smoking cessation interventions work best? *J FamPract*. 2011 Jul;60(7):430-1. [PubMed]
- 23 Erlich DR, Slawson DC, Shaughnessy AF. "Lending a hand" to patients with type 2 diabetes: a simple way to communicate treatment goals. *Am Fam Physician*. 2014Feb15;89(4):256,258. [PubMed]
- 24 Khazan O. Why Don't We Treat Teeth Like the Rest of Our Bodies? *The Atlantic*. Available from: <https://www.theatlantic.com/health/archive/2014/09/why-dont-we-treat-teeth-like-the-rest-of-our-bodies/380703/>
- 25 Hershberger PJ, Bricker DA. Who determines physician effectiveness? *JAMA*. 2014;312(24):2613-2614. doi: 10.1001/jama.2014.13304

- 25 Hershberger P.J., Bricker D.A. Who determines physician effectiveness? // *JAMA*. – 2014. – Vol. 312 (24). – P. 2613-2614. doi: 10.1001/jama.2014.13304
- 26 Kringos D.S., Boerma W.G., Hutchinson A., et al. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions // *BMC Health Serv Res*. – 2010 Mar 13. – No 10. – P. 65. doi: 10.1186/1472-6963-10-65
- 27 Bent Guttorm Bentzen, Bridges-Webb C, Carmichae L, et al. The Role of the General Practitioner/Family Physician in Health Care Systems: A Statement from WONCA. 1991. Available from: <https://medfamcom.files.wordpress.com/2009/10/wonca-statement-1991.pdf>
- 28 Chetty V.K., Culpepper L., Phillips R.L. Jr., et al. FPs lower hospital readmission rates and costs // *Am Fam Physician*. – 2011 May 1. – Vol. 83 (9). – P. 1054. [PubMed]
- 29 Phillips R.L., Dodoo M.S., Green L.A., et al. Usual source of care: an important source of variation in health care spending // *Health Aff (Millwood)*. – 2009. – No 28. – P. 567–77. [PubMed]
- 30 Franks P., Fiscella K. Primary care physicians and specialists as personal physicians. Health care expenditures and mortality experience // *Fam Pract*. – 1998. – No 47. – P. 105–9. [PubMed]
- 31 Yip W.C. Hsiao, W.C. Chen W., et al. Early appraisal of China's huge and complex health-care reforms // *Lancet*. – 2012. – No 379. – P. 833–42 [PubMed]
- 32 McCollum R Chen L Chen T et al. Experiences with primary healthcare in Fuzhou, urban China, in the context of health sector reform: a mixed methods study // *IJHPM*. – 2014; No 29. – P. 107–26 [PubMed]
- 33 Liang W.N. General medicine, general practice and general physician // *Chin J School Health*. – 2004. – No 25. – P. 252–56 [PubMed]
- 34 Kuang L, Liang Y, Mei J, Zhao J, Wang Y, Liang H, Shi L. Family practice and the quality of primary care: a study of Chinese patients in Guangdong Province // *Fam Pract*. – 2015 Oct. – Vol. 32(5). – P> 557-63. doi: 10.1093/fampra/cmz064
- 35 van Weel C. International research and the discipline of family medicine // *Eur J Gen Pract*. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/13814789909094273>
- 36 Young RA, Bayles B, Benold TB, Hill JH, Kumar KA, Burge S. Family physicians' perceptions on how they deliver cost-effective care: a qualitative study from the Residency Research Network of Texas (RRNeT) // *Fam Med*. – 2013. – Vol. 45 (5). – P. 311–318. [PubMed]
- 37 Bazemore A., Petterson S., Peterson L.E., Phillips R.L., Jr More comprehensive care among family physicians is associated with lower costs and fewer hospitalizations // *Fam Med*. – 2015. – Vol. 13 (3). – P. 206–213. [PubMed]
- 38 Hussey P.S., Schneider E.C., Rudin R.S., Fox D.S., Lai J., Pollack C.E. Continuity and the costs of care for chronic disease // *JAMA Intern Med*. – 2014. – Vol. 174 (5). – P. 742–748. [PubMed]
- 39 Saultz J.W., Lochner J. Interpersonal continuity of care and care outcomes: a critical review // *Fam Med*. – 2005. – Vol. 3 (2). – P. 159–166. [PubMed]
- 40 Wolinsky F.D., Bentler S.E., Liu L., et al. Continuity of care with a primary care physician and mortality in older adults // *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. – 2010 Apr. – Vol. 65 (4). – P. 421-8. doi: 10.1093/gerona/glp188
- 41 Casalino L.P., Pesko M.F., Ryan A.M., et al. Small primary care physician practices have low rates of preventable hospital admissions // *Health Aff (Millwood)*. – 2014 Sep. – Vol. 33 (9). – P. 1680-8. doi: 10.1377/hlthaff.2014.0434
- 42 Federman A.D., Halm E.A., Siu A.L. Use of generic cardiovascular medications by elderly Medicare beneficiaries receiving generalist or cardiologist care // *Med Care*. – 2007. – Vol. 45 (2). – P. 109–115. [PubMed]
- 43 Milstein A., Gilbertson E. American medical home runs // *Health Aff (Millwood)*. – 2009 Sep-Oct. – Vol. 28 (5). – P. 1317-26. doi: 10.1377/hlthaff.28.5.1317
- 44 Байсугурова В.Ю., Кашафутдинова Г.Е., Аимбетова Г.Е.,
- 26 Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, et al. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res*. 2010Mar13;10:65. doi: 10.1186/1472-6963-10-65
- 27 Bent Guttorm Bentzen, Bridges-Webb C, Carmichae L, et al. The Role of the General Practitioner/Family Physician in Health Care Systems: A Statement from WONCA. 1991. Available from: <https://medfamcom.files.wordpress.com/2009/10/wonca-statement-1991.pdf>
- 28 Chetty VK, Culpepper L, Phillips RL, Jr., et al. FPs lower hospital readmission rates and costs. *Am Fam Physician*. 2011May 1;83(9):1054. [PubMed]
- 29 Phillips RL Dodoo MS Green LA et al. Usual source of care: an important source of variation in health care spending. *Health Aff (Millwood)* 2009;28:567–77. [PubMed]
- 30 Franks P, Fiscella K. Primary care physicians and specialists as personal physicians. Health care expenditures and mortality experience. *Fam Pract*. 1998;47:105–9. [PubMed]
- 31 Yip WC Hsiao, WC Chen W, et al. Early appraisal of China's huge and complex health-care reforms. *Lancet*. 2012;379:833–42. [PubMed]
- 32 McCollum R Chen L Chen T et al. Experiences with primary healthcare in Fuzhou, urban China, in the context of health sector reform: a mixed methods study. *IJHPM*. 2014;29:107–26. [PubMed]
- 33 LiangWN General medicine, general practice and general physician. *Chin J School Health*. 2004;25:252–56. [PubMed]
- 34 Kuang L, Liang Y, Mei J, Zhao J, Wang Y, Liang H, Shi L. Family practice and the quality of primary care: a study of Chinese patients in Guangdong Province. *Fam Pract*. 2015Oct;32(5):557-63. doi: 10.1093/fampra/cmz064
- 35 van Weel C. International research and the discipline of family medicine. *Eur J Gen Pract*. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/13814789909094273>
- 36 Young RA, Bayles B, Benold TB, Hill JH, Kumar KA, Burge S. Family physicians' perceptions on how they deliver cost-effective care: a qualitative study from the Residency Research Network of Texas (RRNeT). *Fam Med*. 2013;45(5):311–318. [PubMed]
- 37 Bazemore A, Petterson S, Peterson LE, Phillips RL, Jr More comprehensive care among family physicians is associated with lower costs and fewer hospitalizations. *Fam Med*. 2015;13(3):206–213. [PubMed]
- 38 Hussey PS, Schneider EC, Rudin RS, Fox DS, Lai J, Pollack CE. Continuity and the costs of care for chronic disease. *JAMA Intern Med*. 2014;174(5):742–748. [PubMed]
- 39 Saultz JW, Lochner J. Interpersonal continuity of care and care outcomes: a critical review. *Fam Med*. 2005;3(2):159–166. [PubMed]
- 40 Wolinsky FD, Bentler SE, Liu L, et al. Continuity of care with a primary care physician and mortality in older adults // *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. – 2010 Apr. – Vol. 65 (4). – P. 421-8. doi: 10.1093/gerona/glp188
- 41 Casalino LP, Pesko MF, Ryan AM, et al. Small primary care physician practices have low rates of preventable hospital admissions. *Health Aff (Millwood)*. 2014Sep;33(9):1680-8. doi: 10.1377/hlthaff.2014.0434
- 42 Federman AD, Halm EA, Siu AL. Use of generic cardiovascular medications by elderly Medicare beneficiaries receiving generalist or cardiologist care. *Med Care*. 2007;45(2):109–115. [PubMed]
- 43 Milstein A, Gilbertson E. American medical home runs. *Health Aff (Millwood)*. 2009Sep-Oct;28(5):1317-26. doi: 10.1377/hlthaff.28.5.1317
- 44 Baysugurova VU, Kashafutdinova GE, Ajymbetova GE, Ramazanova MA, Koshymbekov MK, Kalahanov SB. Population satisfaction with medical care as an indicator of quality. *Vestnik KazNMU = Herald of KazNMU*. 2014;1:394 (In Russ.)
- 45 Plana natsii «100 konkretnykh shagov po realizatsii 5 institutional'nykh reform» [Strategy of the nation “100 certain steps to realization of five institutional reforms”]. (In Russ.). Available from: http://www.akorda.kz/ru/events/akorda_news/press_conferences/statya-glavy-gosudarstva-plan-nacii-put-k-kazahstanskoi-mechte
- 46 Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q*. 2005;83(4):691-729. DOI:10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x

Рамазанова М.А., Кошимбеков М.К., Калмаханов С.Б. Удовлетворенность населения медицинской помощью как показатель качества // Вестник КазНМУ. – 2014. – №1. – С. 394

45 План Нации «100 конкретных шагов по реализации пяти институциональных реформ». http://www.akorda.kz/ru/events/akorda_news/press_conferences/statya-glavy-gosudarstva-plan-nacii-put-k-kazahstanskoi-mechte

46 Donabedian A. Evaluating the quality of medical care // *Milbank Q.* – 2005. – Vol. 83 (4). – P. 691-729. DOI:10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x

47 Постановление Правительства Республики Казахстан от 29 января 2011 года № 41 «Об утверждении Плана мероприятий по реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 - 2015 годы». <http://adilet.zan.kz/rus/docs/U1000001113>

48 Постановление Правительства Республики Казахстан от 16 марта 2016 года № 143 «Об утверждении Плана мероприятий по реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016 - 2019 годы». <http://adilet.zan.kz/rus/docs/P1600000143>

49 Закон Республики Казахстан от 1 марта 2011 года № 413-IV «О государственном имуществе». <http://adilet.zan.kz/eng/docs/Z1100000413>

50 Dionne S. Kringos. The influence of context on the effectiveness of hospital quality improvement strategies: a review of systematic reviews // *BMC Health Serv Res.* - 2015 Jul 22. – No 15. – P. 277. doi: 10.1186/s12913-015-0906-0

51 Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 27 марта 2015 года № 173 «Об утверждении Правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг». <http://adilet.zan.kz/rus/docs/V1500010880>

47 *Postanovleniye Pravitel'stva Respubliki Kazakhstan ot 29 yanvarya 2011 goda № 41 «Ob utverzhdenii Plana meropriyatiy po realizatsii Gosudarstvennoy programmy razvitiya zdravookhraneniya Respubliki Kazakhstan «Salamatty Kazakhstan» na 2011 - 2015 gody»* [Decree of the Government of the Republic of Kazakhstan dated 29 January 2011 No. 41 “On approval of the Action Plan for the implementation of the State program for the development of health care of the Republic of Kazakhstan “Salamatty Kazakhstan for 2011-2015”]. Available from: <http://adilet.zan.kz/rus/docs/U1000001113>

48 *Postanovleniye Pravitel'stva Respubliki Kazakhstan ot 16 marta 2016 goda № 143 «Ob utverzhdenii Plana meropriyatiy po realizatsii Gosudarstvennoy programmy razvitiya zdravookhraneniya Respubliki Kazakhstan «Densaulyk» na 2016 - 2019 gody»*. [Decree of the Government of the Republic of Kazakhstan dated 16 March 2016 No. 143 “On approval of the Action Plan for the implementation of the State Program for the Development of Healthcare of the Republic of Kazakhstan “Densaulyk” for 2016 – 2019”]. Available from: <http://adilet.zan.kz/rus/docs/P1600000143>

49 *Zakon Respubliki Kazakhstan ot 1 marta 2011 goda № 413-IV «O gosudarstvennom imushchestve»*. [Law of the Republic of Kazakhstan dated 1 March 2011 No. 413-IV “On State property”]. Available from: <http://adilet.zan.kz/eng/docs/Z1100000413>

50 Dionne S. Kringos. The influence of context on the effectiveness of hospital quality improvement strategies: a review of systematic reviews. *BMC Health Serv Res.* 2015 Jul 22;15:277. doi: 10.1186/s12913-015-0906-0

51 *Prikaz Ministra zdravookhraneniya i sotsial'nogo razvitiya Respubliki Kazakhstan ot 27 marta 2015 goda № 173 «Ob utverzhdenii Pravil organizatsii i provedeniya vnutrenney i vneshney ekspertiz kachestva meditsinskikh uslug»*. [Order of the Minister of Health and Social Development of the Republic of Kazakhstan dated 27 March 2015 No. 173 “On approval of the Rules for the organization and conduct of internal and external examinations of the quality of medical services”]. Available from: <http://adilet.zan.kz/rus/docs/V1500010880>