

WORLD HEALTH ORGANIZATION
REGIONAL OFFICE FOR EUROPE

WELTGESUNDHEITSORGANISATION
REGIONALBÜRO FÜR EUROPA



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE

ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО

E. 23885

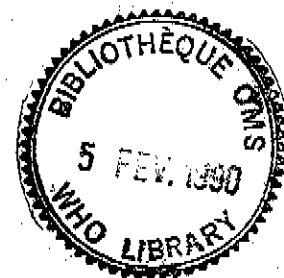
EUR/ICP/HSR 023

3931A

ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ

ОБЕСПЕЧЕНИЕ КАЧЕСТВА СЛУЖБ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Доклад о тематических дискуссиях на тридцать восьмой сессии
Европейского регионального комитета



1989 г.

ЕРБ/ЗДВ задача 31

The issue of this document does not constitute formal publication. It should not be reviewed, abstracted or quoted without the agreement of the World Health Organization Regional Office for Europe. Authors alone are responsible for views expressed in signed articles.

Dieses Dokument erscheint nicht als formelle Veröffentlichung. Es darf nur mit Genehmigung des Regionalbüros für Europa der Weltgesundheitsorganisation besprochen, in Kurzfassung gebracht oder zitiert werden. Beiträge, die mit Namensunterschrift erscheinen, geben ausschließlich die Meinung des Autors wieder.

Ce document ne constitue pas une publication. Il ne doit faire l'objet d'aucun compte rendu ou résumé ni d'aucune citation sans l'autorisation du Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé. Les opinions exprimées dans les articles signés n'engagent que leurs auteurs.

Настоящий документ не является официальной публикацией. Не разрешается рецензировать, аннотировать или цитировать этот документ без согласия Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения. Вся ответственность за взгляды, выраженные в подписанных авторами статьях, несут сами авторы.

ЗАДАЧА 31

Обеспечение качества обслуживания

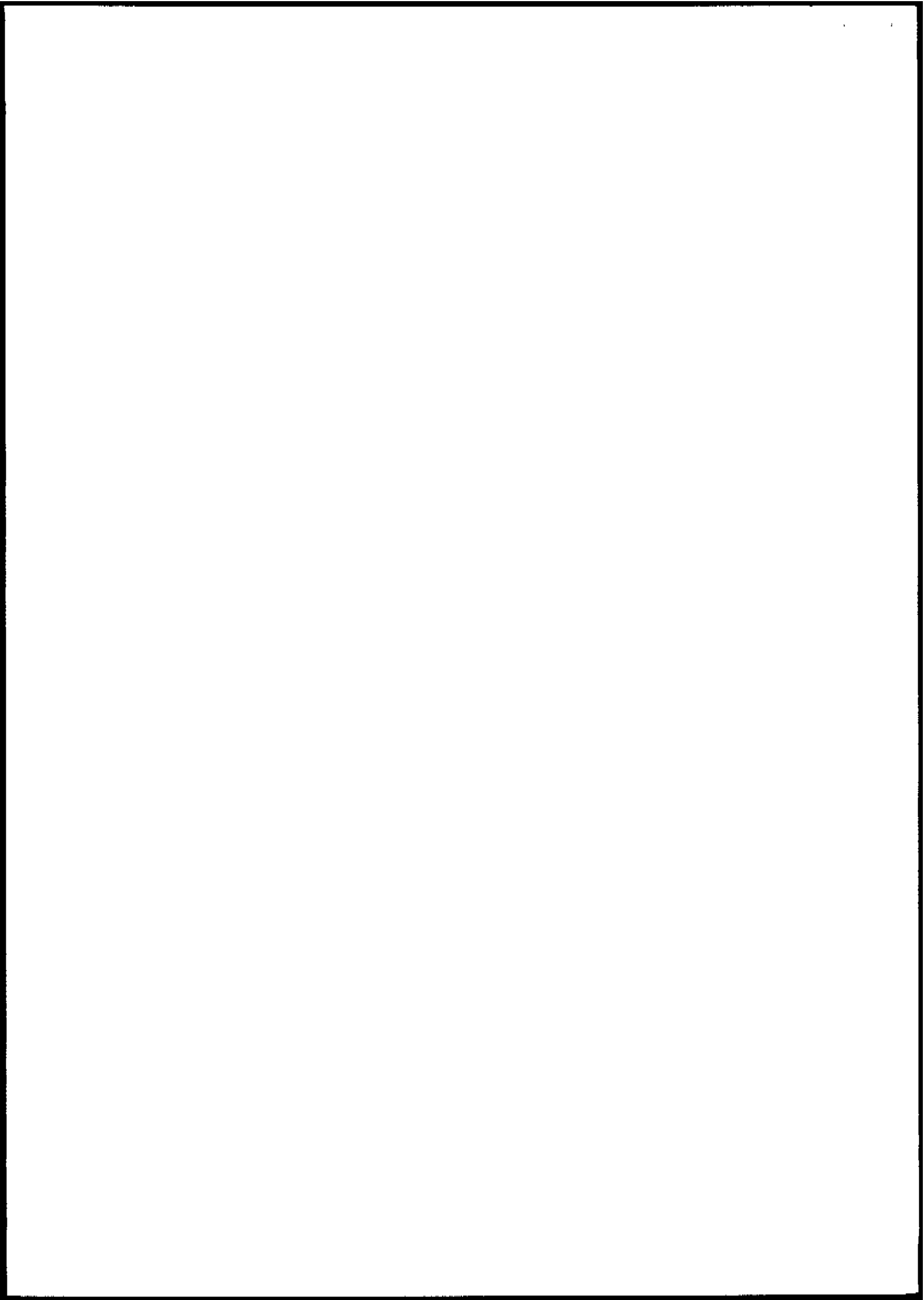
К 1990 г. все государства-члены должны создать эффективные механизмы, обеспечивающие качество обслуживания пациентов в рамках систем здравоохранения этих стран.

Index:

QUALITY ASSURANCE, HEALTH CARE

СОДЕРЖАНИЕ

	<u>Стр.</u>
1. Введение	1
2. Общие условия обеспечения качества	1
3. Предпринимаемые в настоящее время национальные инициативы	2
3.1 Определение национальных рамок для обеспечения качества	2
3.2 Определение руководства и ответственности	3
3.3 Определение стандартов медико-санитарной помощи	3
3.4 Методы измерения	3
3.5 Национальные проекты проверок	4
3.6 Информация и подготовка	4
3.7 Исследования и разработки	5
4. Рекомендации для государств-членов	5
Ссылки	8
Приложение 1. Краткий отчет о тематических дискуссиях по обеспечению качества служб здравоохранения	9
Приложение 2. Совещания, курсы и публикации ВОЗ по обеспечению качества	11



1. Введение

В ходе тридцать восьмой сессии Европейского регионального комитета ВОЗ 16 сентября 1988 г. в Копенгагене, Дания, были проведены тематические дискуссии на тему: "Обеспечение качества служб здравоохранения". Председательствовал на дискуссиях профессор Dominique Jolly, тогда как д-р Francis Roger из Католического университета Лувена, Бельгия, и д-р Charles Shaw из Центра королевского фонда, Лондон, Соединенное Королевство, выступали в качестве докладчиков.

В своем вступительном слове д-р J.E. Asvall, директор Европейского регионального бюро ВОЗ, кратко изложил причины, по которым Региональный комитет решил сконцентрировать внимание на обеспечении качества медико-санитарной помощи. Со времен Гипократа врачи взяли на себя ответственность за обеспечение качества своей работы, однако развитие технологии и увеличение числа областей специализации повысили необходимость в четком проявлении этой ответственности. Внимание переключилось с вопросов безопасности и медицинской эффективности на измерение воздействия на здоровье, затрат-выгод и приемлемости для пациентов.

Согласно Европейской стратегии достижения здоровья для всех Региональное бюро содействовало развитию в области обеспечения качества посредством ряда семинаров, проектов и публикаций (Приложение 1). Цель этих тематических дискуссий состояла в том, чтобы продолжить содействие такому развитию в странах, являющихся государствами-членами Европейского региона ВОЗ.

2. Общие условия обеспечения качества

В 1984 г. Региональный комитет принял 38 задач в поддержку достижения всеобъемлющей политической цели ВОЗ, состоящей в достижении здоровья для всех к 2000 году. Задача 31 гласит:

К 1990 г. все государства-члены должны создать эффективные механизмы, обеспечивающие качество обслуживания пациентов в рамках систем здравоохранения этих стран.

В содержащей эти задачи книге (1) предлагается выполнить эти задачи посредством разработки методов и процедур для систематического мониторинга качества обслуживания пациентов, посредством проведения оценки и регулирования постоянного компонента повседневной работы специалистов в области здравоохранения и посредством подготовки всего персонала здравоохранения по вопросам обеспечения качества. В этой книге подчеркивается также необходимость иметь в стране четкую политику в области обеспечения качества. Такая политика должна указывать, какие процедуры должны подвергнуться оценке, как организовать эту оценку, каким образом лица, оказывающие медицинскую помощь, политические деятели и лица, получающие медицинскую помощь, должны координировать свои усилия, а также какими должны быть практические последствия оценки качества. Должны быть сформулированы политические мероприятия для обеспечения участия и сотрудничества групп лиц, оказывающих медицинскую помощь, исследователей, органов управления общественным здравоохранением и потребителей.

С тех пор был предпринят ряд инициатив, таких как создание национальных организаций по обеспечению качества, принятие законодательных мер в отношении обеспечения качества, разработка показателей результатов в здравоохранении и

разработка политики в области обеспечения безопасности лекарственных средств (2). Однако стало очевидным, что за оставшиеся два года лишь небольшое количество государств-членов полностью выполняют задачу 31.

Тем не менее уже достигнут значительный прогресс в изменении отношения широкой общественности, специалистов и управленческого состава к обеспечению качества. В обсуждениях произошел сдвиг от вопроса о том, является ли это хорошей идеей, к тому, как реализовать эту идею. Наблюдается также растущее согласие в отношении того, что справедливость, доступность и удовлетворенность пациента, а также техническая эффективность являются неотъемлемыми характеристиками качества. Измерение этих характеристик должно учитывать процесс и результаты обслуживания, а также использованные ресурсы, и это является предметом озабоченности специалистов, потребителей и руководителей. Кроме того, важно, чтобы обеспечение качества - и связанные с ним концепции технической оценки, преодоление рисков и выработки консенсуса - применялись как к существующей, так и к новой практике в области медико-санитарной помощи.

Все это в целом не встретило возражений с чьей-либо стороны, однако остались существенные расхождения между руководителями и клиницистами в отношении надлежащего приоритета обеспечения качества с точки зрения времени и денежных средств. Также не было достигнуто достаточно согласия как внутри государств-членов, так и между ними в отношении систем стимулирования, которые варьировались от обязательных, но не приводящих к желаемым результатам, до добровольных, но не эффективных.

Участники согласились с этим кратким изложением и перешли к рассмотрению текущих национальных инициатив и опыта в практическом осуществлении механизмов для обеспечения качества обслуживания пациентов.

3. Предпринимаемые в настоящее время национальные инициативы

Ни одно государство-член не заявило о наличии разработанной всеобъемлющей программы обеспечения качества. Однако богатый практический опыт, многочисленные примеры которого приводились в ходе дискуссии, свидетельствовал о том, что в Регионе в целом произошли определенные сдвиги. Хотя переносимость упомянутых понятий связана с национальными структурами медико-санитарной помощи и позициями, многие из этих инициатив могут быть приняты другими странами.

3.1 Определение национальных рамок для обеспечения качества

Три страны включили в закон требование о создании механизмов обеспечения качества во всех видах деятельности по оказанию медико-санитарной помощи, однако оставили вопросы определения исполнения и механизмов в значительной степени на усмотрение местных органов. Хотя различные районы в пределах стран определили всеобъемлющую политику и стратегии обеспечения качества, лишь небольшое количество национальных планов отражают задачу 31 ВОЗ. В одной из стран политика в области первичной медико-санитарной помощи определяет конкретные задачи в общей практике и механизмы, используемые для проверки их выполнения. Финансовые стимулы для практикующих врачей исключены из этой политики, однако они обеспечиваются (с различной степенью успеха) для поощрения некоторых университетов и больниц к участию в программах обеспечения качества. Были приведены также примеры частных страховых компаний, требующих

такие программы в качестве условия для возмещения затрат больницам и лабораториям.

3.2 Определение руководства и ответственности

Было признано, что различными элементами обеспечения качества медико-санитарной помощи должна быть ответственность, частично разделенная, специалистов, руководства и обслуживаемого ими населения. Национальная координация в различной степени обеспечивалась через руководимые специалистами медицинские комитеты по оценке (имеющими скорее моральные, чем юридические полномочия), причем одна независимая благотворительная организация оказывает непосредственную помощь поставщикам медико-санитарной помощи, а связанные свободно между собой рабочие группы национальных органов представителей отдельных специальностей содействуют проведению самопроверок и установлению стандартов среди своих членов.

В одной стране на местах через государственную систему здравоохранения были выявлены отдельные лица, которые руководили обеспечением качества (ими были, главным образом, медицинские сестры). В другой стране закон требует, чтобы главный врач отвечал за обеспечение качества в каждой больнице.

3.3 Определение стандартов медико-санитарной помощи

Было признано, что четкие стандарты и критерии являются важными для объективной оценки медико-санитарной помощи независимо от того, направлены они непосредственно на клиническую практику, обслуживающую организацию или на деятельность отдельных практикующих врачей. Ряд стран, как по отдельности, так и согласованно с ВОЗ, начали определение стандартов в медицинской, сестринской и парамедицинской практике. В частности, клинические записи прописей были признаны ценным средством как с точки зрения обеспечения качества и ограничения расходов, так и с точки зрения относительно легкого контроля.

Стандарты организации больниц, используемые для определения "хорошей" больницы, являются существенно важными для национальных и региональных систем аккредитования государственных и частных больниц внешними ревизорами в отдельной стране. Усилившаяся конкуренция среди поставщиков медико-санитарной помощи и руководителей за ресурсы и клиентуру дало возможность усилить стандарты независимое аккредитование учреждений - такой подход применяется в ряде стран.

Конференции по выработке консенсуса признаны в качестве средств информации и удовлетворения ожиданий широкой общественности и специалистов, предъявляемых к клиническим службам, например в отношении первичного рака молочной железы, шунтирования коронарной артерии и в отношении паралича.

3.4 Методы измерения

Проблемы измерения результатов и сравнения подобного с подобным по-прежнему являются неразрешимыми. Довольно широко предпринимаются усилия по разработке статистических показателей для сравнения результатов (связанных, главным образом, с эффективностью и процессом) и ведутся эксперименты со связанными с диагнозом группами и скорректированными по качеству годами

жизни. Некоторые страны предприняли попытки сделать обзор и пересмотреть процедуры сбора и представления стандартных данных с целью улучшения планирования, управления и оценки.

Целый ряд показателей и "контрольных отметок" в настоящее время широко используется для идентификации значительных изменений, которые могут указывать на проблемы для более подробного анализа; они включают диагностические сочетания, длительность нахождения в больнице, частоту употребления, количество прописей, не неизбежные случаи смерти, преследование преступной небрежности и жалобы.

3.5 Национальные проекты проверок

Разнообразные механизмы используются для анализа конкретных элементов медико-санитарной помощи с целью выявления сильных и слабых сторон и, следовательно, ее улучшения. Конфиденциальные расследования случаев материнской и перинатальной смертности стали довольно распространенными, и этот подход применяется также для охвата случаев самоубийства и случаев внеоперационной смерти.

В одной из стран разработана национальная программа медицинских проверок, в которой участвуют три четверти больниц. В другой стране проводятся национальные проверки радиологии при амбулаторном лечении, а также операционной гинекологии и общей хирургии в больницах. Внешние системы контроля качества широко применяются к лабораториям, что дает обратную связь об эффективности функционирования аппаратуры и точности процедур. Национальные обследования удовлетворенности потребителей включают опросы пациентов и телевизионные программы для персонала.

3.6 Информация и подготовка

Общей проблемой является относительная нехватка систем и информации, касающихся стандартов, методов исследований и литературы в области обеспечения качества. Две страны имеют центры ресурсов, способные предоставлять частично такую поддержку посредством консультативной помощи и публикаций.

Публикуются информационные бюллетени, охватывающие различные варианты в клинической практике и обеспечении качества в целом. Выпускаются также с двухмесячными интервалами библиографические выдержки об обеспечении качества, включая информацию о неопубликованных работах. Недавно стали выпускаться основанные на европейских данных журналы на английском языке, посвященные вопросам обеспечения качества в медико-санитарной помощи, а два национальных общества публикуют журналы на своих языках.

Следующим средством распространения принципов и практики обеспечения качества является обучение и подготовка. Широко сообщалось о семинарах, конференциях и курсах для клиницистов, руководителей и потребителей. Они, как правило, были сконцентрированы на надлежащей медико-санитарной помощи, самооценке, средствах контроля управления, эффективном использовании государственных денег и оценки технического развития.

В одной стране профессиональные навыки, позиции и знания, определенные рабочей группой ВОЗ (3) как существенно важные для обучения в области обеспечения качества, включены в учебные планы старших курсов медицинских учебных заведений.

3.7 Исследования и разработки

Несмотря на недостаточность имеющихся программ и методов оценки обеспечения качества, значительная часть практических исследований в странах ориентирована на составление перечней существующих видов деятельности по больницам, профессиональным органам и потребителям внутри этих стран.

Предпринят ряд международных совместных исследований результатов в конкретных условиях, включая оценку результатов простатэктомии с точки зрения клинициста, эпидемиолога и пациента.

4. Рекомендации для государств-членов

Для содействия обеспечению качества участники рекомендовали следующее.

- 1) Государствам-членам следует включить обеспечение качества в свою национальную политику в области здравоохранения в качестве средства улучшения качества обслуживания.

Отмечалось, что многие осуществляемые в настоящее время виды деятельности по обеспечению качества являются чисто добровольными и зачастую страдают от недостаточной поддержки со стороны национальных, региональных и местных органов здравоохранения, а также от отсутствия средств. В задаче же 31 государствам-членам со всей определенностью предлагается разработать свои собственные механизмы обеспечения качества. Это, следовательно, должно быть четко отражено в национальной и субнациональной политике здравоохранения. Хотя многие мероприятия, без сомнения, по-прежнему будут проводиться на добровольной основе, такие рамки позволят им получать значительные преимущества.

Участники считали также, что даже при наличии самых лучших намерений, реализации обеспечения качества препятствовала нехватка ресурсов. Следовательно, национальные, региональные и местные органы здравоохранения должны сделать обеспечение качества - будь то добровольная или официальная инициатива - возможным посредством предоставления необходимых ресурсов в денежном выражении, в виде рабочего времени персонала и адекватной поддержки.

- 2) Государствам-членам следует публиковать и распространять регулярные доклады, описывающие практический опыт, в том числе успешные результаты и неудачи.

По мнению участников, имеется четкая необходимость в улучшении качества обслуживания в европейских странах. Высокий технический уровень обслуживания не уменьшает этической обязанности уважать пациента более, чем когда-либо.

Было признано, что для усиления обеспечения качества странам в Европейском регионе следует заниматься скорее мотивацией главных действующих лиц и развитием профессионализма, чем принятием обязательных регулирующих норм. Добровольное развитие является предпочтительным по сравнению с административным санкционированием.

Поэтому в качестве главного приоритета рекомендуется распространять информацию. Регулярные доклады, описывающие практический опыт, должны

публиковаться для стимулирования интереса и помощи в разработке новых программ в Европейском регионе. Следует публиковать материалы не только об успешном опыте, но и о неудачах, с тем чтобы позволить читателям извлечь уроки из опыта других.

Такую информацию следует распространять через доклады ВОЗ, а также через специализированные журналы, такие как *European quality assurance newsletter* (Европейский информационный бюллетень по обеспечению качества), *Quality assurance in health care* (Обеспечение качества медико-санитарной помощи) и основные медицинские журналы в Европе.

Информационный центр мог бы собирать и распространять библиографические ссылки, а также обновленную информацию о критериях, протоколах и методах обеспечения качества и ведущихся исследованиях.

3) Государствам-членам следует выявить и субсидировать приоритетные исследования, связанные с обеспечением качества.

Обеспечение качества является в настоящее время недостаточно исследованной областью. Хотя это частично - результат недостаточности исследовательских традиций и методов, отчасти это вызвано также тем фактом, что для этой области не установлены приоритеты и не выделены ресурсы. Оценочные исследования демонстрируют, что реализация обеспечения качества, без сомнения улучшающая результаты обслуживания, имеет особое значение.

4) Государствам-членам следует координировать многоотраслевые проекты обеспечения качества, использующие общие протоколы по таким темам, как внеоперационные, материнские и перинатальные случаи смерти и ятрогенные реакции лекарственных средств.

Участники предложили создать многоотраслевые рабочие группы для определения задач и согласования общих протоколов и методов многонациональных сравнительных проектов.

Разработка сравнимых программ обеспечения качества в различных странах может служить в качестве учебного процесса: каждая страна может научиться на опыте других. В настоящее время большинство программ касаются больничного лечения; в будущем следует провести более широкий анализ первичной помощи.

Было предложено, чтобы многонациональные проекты первоначально были направлены на конкретные темы, изучаемые в настоящее время в ряде стран, что приведет к более быстрому согласованию общих протоколов. Такие темы, как внеоперационные, материнские и перинатальные случаи смерти и ятрогенные реакции лекарственных средств, были признаны особенно подходящими, поскольку они имеют легко идентифицируемые конечные показатели. Исследования по этим темам должны включать как больничное лечение, так и первичную медико-санитарную помощь, а также лечебную и профилактическую медицину.

5) Государствам-членам следует в максимально возможной степени использовать единообразную базу медицинских данных, включая финансовую информацию, с тем, чтобы выявить расхождения в результатах медицинского лечения.

Государствам-членам следует рассмотреть обеспечение качества в связи с программами ограничения стоимости. Поэтому важно иметь надлежащую базу данных

с достоверной медицинской и административной информацией. Международные руководящие принципы, такие как принципы в отношении минимального набора базисных данных для стационарных больных, подтвердили свою целесообразность при содействии государствам-членам в определении национальных рамок для создания адекватных информационных систем в области здравоохранения. Было признано, что диагнозы могут быть предоставлены и сопоставлены в пределах страны и между странами с помощью последнего варианта Международной классификации болезней (МКБ-9). Для кодирования процедур, однако, все еще используются национальные системы, несмотря на испытываемую потребность в международных сравнениях. Финансовые данные о лечении пациентов еще труднее сравнивать, учитывая отсутствие в Европе единообразных информационных систем для анализа отчетности. Протоколы должны содержать не только медицинские и административные данные - такие, как данные о диагнозе, процедуре, длительности нахождения в больнице и стоимости, - но и данные, полученные от пациентов с помощью вопросников по таким аспектам, как качество жизни и удовлетворенность.

Проявляемый в последнее время во многих европейских странах интерес к связанным с диагностикой группам, которые увязывают информацию о диагнозе, процедурах и стоимостные данные по отношению к длительности нахождения в больнице, стимулировал попытки увязать национальные системы кодирования со связанными с диагнозом группами и кодами МКБ-9.

Сравнения между больницами дают лишь частичное представление о функционировании систем медико-санитарной помощи. Амбулаторное лечение также осталось бы в выигрыше от единообразных комплектов минимальных базисных данных, связанных с медицинской и финансовой информацией.

Единообразная группировка пациентов, учитывающая стоимость лечения, может предоставить эффективное средство для межстранового сравнения результатов лечения по таким параметрам, как количество смертных случаев, умственных и физических недостатков, осложнений и повторных поступлений.

Вместе с тем при распространении необработанных или скорректированных показателей следует проявлять осторожность, так как различия в результатах не обязательно отражают проблемы качества обслуживания. Учитывая многообразие аспектов качества лечения, информацию о различных вариантах в медицинской практике и результатах следует сопровождать надлежащими указаниями для ее толкования.

6) Государствам-членам следует поощрять профессиональные ассоциации, а также ассоциации, ответственные за финансирование служб здравоохранения, с целью внедрения принципов путем разработки учебных программ в области обеспечения качества.

Предоставители медико-санитарной помощи являются главными действующими лицами при обеспечении качества, и оценка качества должна быть частью всей медико-санитарной помощи. В общине, а также при больничном лечении врачи, медицинские сестры и администраторы должны иметь возможность установить критерии качества в приоритетных областях и практически обеспечивать качество. Обучение вопросам обеспечения качества поэтому должно быть частью обычных медицинских и парамедицинских учебных планов. Участники предложили, чтобы ВОЗ проинформировала деканов медицинских факультетов и руководителей парамедицинских учебных заведений относительно этого требования. Однако, было

признано, что обучение и переподготовка персонала здравоохранения могут развиваться удовлетворительным образом лишь в том случае, если повсеместно будет иметься опыт обеспечения качества, что подразумевает необходимость действий со стороны медицинских и сестринских профессиональных организаций, а также со стороны органов, финансирующих службы здравоохранения.

Доброй воли отдельных лиц недостаточно. Законодательные шаги по созданию базисных рамок могут помочь разработке программ обеспечения качества и обучения в тех европейских странах, которые еще не включили такие аспекты в свое законодательство. На участников произвело благоприятное впечатление применение в трех странах осторожного с законодательной точки зрения подхода, благодаря которому было проведено требование обеспечения качества через установление ответственности за эту задачу; вместе с тем, средства для достижения этого остаются пока неопределенными.

- 7) Государствам-членам следует учитывать все факторы (медицинские, технические или организационные), которые влияют на качество обслуживания, с тем чтобы разработать всеобъемлющий механизм обеспечения качества.

Все службы здравоохранения должны подвергнуться рассмотрению с точки зрения обеспечения качества. Например, проблемы уборки помещений или стерилизации инструментов могут иметь неожиданные побочные эффекты, хотя эта деятельность прямо не связана с медицинским лечением или сестринским уходом. Поэтому была сделана рекомендация, чтобы за обеспечение качества отвечали многоотраслевые группы, включающие не только врачей, сестер и администраторов, но и экономистов и экспертов общественного здравоохранения.

ССЫЛКИ

1. Задачи по достижению здоровья для всех. Копенгаген, Европейское региональное бюро, 1985 г.
2. Monitoring of the strategy for health for all by the year 2000. (Мониторинг стратегии достижения здоровья для всех к 2000 г.). Копенгаген, Европейское региональное бюро, 1988 г. (неопубликованный документ EUR/RC38/11).
3. Подготовка по вопросам обеспечения качества. Копенгаген, Европейское региональное бюро, 1985 г.

Приложение 1

КРАТКИЙ ОТЧЕТ О ТЕМАТИЧЕСКИХ ДИСКУССИЯХ ПО ВОПРОСАМ
ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА СЛУЖБ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Участники проявили живой интерес к этой теме и признали, что при обсуждении произошел сдвиг от вопроса "Является ли необходимым обеспечение качества служб здравоохранения?" к вопросу "Как это сделать наилучшим образом?". Было признано, что обеспечение качества в настоящее время неразрывно связано с программами ограничения расходов.

Участники выявили широкий диапазон осуществляемых в настоящее время мероприятий по обеспечению качества на национальном и международном уровнях, включающих:

- определение национальных рамок для обеспечения качества: законодательные требования, четкую национальную стратегию и финансовые стимулы к участию;
- создание критериев для клинической практики и для организации служб здравоохранения;
- создание информационных систем, занимающихся стандартизованными минимальными наборами данных, различиями в практике и результатах лечения, а также жалобами и заявлениями о преступной небрежности;
- исследования и разработки для определения надлежащей медико-санитарной помощи;
- координация и управление: идентификация ответственных за обеспечение качества на местном уровне и создание национального комитета для оценки соответствия медицинского лечения;
- информация: создание независимого справочного центра для сравнения опыта в отношении исследований, стандартов и методологий.

Для содействия обеспечению качества участники рекомендовали государствам-членам:

- а) регулярно опубликовывать и распространять доклады с описанием практического опыта, включая успешные результаты и неудачи;
- б) координировать многоотраслевые проекты обеспечения качества с помощью общих протоколов по таким темам, как внеоперационная, материнская и перинатальная смертность, а также ятрогенные реакции лекарственных средств;
- в) в максимально возможной степени использовать единообразную базу медицинских данных, включая финансовую информацию, для выявления расхождений в результатах медицинского лечения;

г) стимулировать профессиональные ассоциации и ассоциации, ответственные за финансирование служб здравоохранения, к преобразованию принципов в практику посредством разработки учебных программ в области обеспечения качества;

д) учитывать все факторы (медицинские, технические или организационные), которые влияют на качество лечения, с тем чтобы разработать всеобъемлющие механизмы обеспечения качества.

Приложение 2

СОВЕШАНИЯ, КУРСЫ И ПУБЛИКАЦИИ ВОЗ ПО ВОПРОСУ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА

Совещания

Стимулирование и развитие научных исследований/первичная
медико-санитарная помощь

- Рабочая группа по принципам разработки образцовых программ здравоохранения, Турку, Финляндия, 3-6 мая 1982 г.
- Совещание по принципам обеспечения качества, Барселона, Испания, 17-19 мая 1983 г.
- Рабочая группа по обучению вопросам обеспечения качества, Удине, Италия, 25-28 июня 1985 г.
- Рабочая группа по организации обеспечения качества, Копенгаген, Дания, 25-26 мая 1987 г.

Соответствующая технология здравоохранения

- Совещание по борьбе с больничными инфекциями, Брюссель, Бельгия, 30 ноября - 2 декабря 1982 г.
- Международное рабочее совещание по соответствующей технологии развития первичной медико-санитарной помощи, Лиссабон, Португалия, 11-14 ноября 1985 г.
- Международный семинар по надлежащим методам хранения в железных емкостях, Будапешт, Венгрия, 7-11 ноября 1986 г.

Сестринское дело

- Совещание по разработке стандартов медсестринской практики, Сундволлен, Норвегия, 6-9 декабря 1982 г.
- Совещание по подготовке рекомендаций по стандартам медсестринской практики, Брюссель, Бельгия, 22-25 октября 1984 г.
- Совещание по разработке стандартов медсестринской практики, Брюссель, Бельгия, 10-13 июня 1986 г.
- Совещание по роли консультантов в обеспечении качества в практике сестринского дела, Гаага, Нидерланды, 2-4 декабря 1987 г.

Курсы

- Первые Европейские англоязычные курсы подготовки по обеспечению качества, Барселона, Испания, 15-20 октября 1984 г.
- Вторые Европейские англоязычные курсы подготовки по обеспечению качества, Стокгольм, Швеция, 12-17 августа 1985 г.
- Третьи Европейские англоязычные курсы подготовки по обеспечению качества, Белград, Югославия, 25-30 августа 1986 г.
- Международные курсы по обеспечению качества, Брюссель, Бельгия, 17-21 ноября 1986 г. (на французском языке).
- Четвертые Европейские англоязычные курсы подготовки по обеспечению качества, Куопио, Финляндия, 28 июня - 3 июля 1987 г.
- Вторые международные курсы по обеспечению качества, Брюссель, Бельгия, 30 ноября - 4 декабря 1987 г. (на французском языке).
- Пятые европейские англоязычные курсы подготовки по обеспечению качества, Верона, Италия, 20-25 июня 1988 г.

Отчеты и другие публикации ВОЗ

Стимулирование и развитие научных исследований/первичная медико-санитарная помощь

- Vuori, H.V. Обеспечение качества служб здравоохранения: концепции и методология. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1982 г. (Общественное здравоохранение в Европе, № 16).
- Принципы обеспечения качества: отчет о совещании ВОЗ. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1985 г. (Отчеты и исследования ЕРБ, № 94).
- Training in quality assurance. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1985 (неопубликованный документ ICP/HSR 002/т03).
- Chambers, L.W. Quality assurance in long-term care: policy, research and measurement. Paris, International Center for Social Gerontology, 1985 (документ опубликован от имени Регионального бюро).
- Принципы по разработке образцовых программ здравоохранения: отчет о совещании ВОЗ. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1985 г. (отчеты и исследования ЕРБ, № 96).
- The organization of quality assurance. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1988 (неопубликованный документ ICP/HSR 101).

Соответствующие технологии здравоохранения

- Hospital infection control: report on a WHO Meeting. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1982 (неопубликованный документ ICP/ATN 016(S)).

- Appropriate technology: report on an International Workshop. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1985 (неопубликованный документ ICP/CLR 001/m03(S)).
- Appropriate iron stores: report on an International Workshop. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1986 (неопубликованный документ).
- Staehr Johansen, K. The role and function of WHO/ATN in quality assurance - rational use of diagnostic radiology. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1987 (неопубликованный документ 03685).
- Getting the best from computers for "Health for All". Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1987 г. Доклад на седьмом Международном конгрессе Европейской федерации по медицинской информатике, Рим, Италия, 21-25 сентября 1987 г.

Сестринское дело

- Nursing standards: towards better care - guidelines for standards of nursing practice. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1984 (неопубликованный документ).

Бюллетени

- Бюллетень ВОЗ по обеспечению качества.
- Бюллетень ВОЗ по сестринскому делу/акушерству в Европе.
- Бюллетень ВОЗ - 2000.
- Бюллетень ВОЗ по мероприятиям в области соответствующей технологии.
- International newsletter on regional variations in health care (published by the CCC, Institute of Social Medicine, Panum Institute, Copenhagen, Denmark).
- BIFATECH (budgetary incentives for the appropriate use of technology) (produced on behalf of the WHO Global Programme for Appropriate Health Care Technology by CASPE Research, London, United Kingdom).

Работы сотрудников ВОЗ

- Vuori, H.V. Education and the quality of health services. Health policy and education, 1(1): 67-96 (1979).
- Vuori, H.V. Optimal and logical quality: two neglected aspects of the quality of health services. Medical care, 18(10): 975-985 (1980) (Swedish abstract prepared for the Fifth Nordic Congress in Social Medicine, Helsingor, 11-13 June 1979).
- Vuori, H.V. Care programmes: straightjacket or panacea? World hospitals, 17(3): 20-21 (1981).

- Vuori, H.V. Quality assurance in Europe - dead as the dodo? World hospitals, 21(4): 36-38 (1985).
- Vuori, H.V. Le indicazioni dell'OMS. Salute e territorio, 43: 47-49 (1985).
- Vuori, H.V. Introducing quality assurance - an exercise in audacity. International journal of quality assurance in health care, 1(1): 5-7 (1988) (also published in Spanish as Vuori, H.V. Introducir al control de calidad. Un ejercicio de audacia. Control de calidad asistencial, 2: 1-4 (1987).
- Vuori, H.V. The World Health Organization and quality assurance in Europe. In: Proceedings of the International Forum on Linking Quality, Effect and Efficiency, Ann Arbor, MI, 17-18 October 1985. Ann Arbor, MI, University of Michigan Medical Centre and American College of Hospital Administrators, 1985.
- Vuori, H.V. Model health care programmes - a possible means to increase the efficiency of health care. Paper presented at the First International Conference on Philosophy, Methodology, Ethics and Economics in Clinical Cancer Research: Experience and Perspectives, Kos, Greece, 14-18 May 1986.
- Vuori, H.V. Verifica e revisione della qualita' nei servizi sanitari: concetti e metodologia. Epidemica due (1985) (also published in Spanish as: Vuori, H.V. El control de calidad en los servicios sanitarios: conceptos y metodologia. Epidemica due, Masson, Barcelona, 1988 (translations of Public Health in Europe, No. 16).
- Vuori, H.V. Patient satisfaction - an attribute or indicator of the quality of care. Quality assurance review bulletin, 13(3): 106-108 (1987) (also published as Vuori, H.V. Patient satisfaction - an attribute or indicator of the quality of care. Résumé des conférences. Troisième Colloque international d'Evaluation de la Qualité des Soins. Paris, Assistance publique & Societé internationale d'Evaluation de la Qualité des Soins, 1986).
- Vuori, H.V. Scandinavian model health care programmes - a cousin of quality assurance. Paper presented at the Fourth International Symposium on Quality in Health Care, Copenhagen, 26-29 May 1987 (also In: Official yearbook. London, International Hospital Federation, 1988, pp. 137-141).
- Vuori, H.V. Quality assurance in primary health care. In: Proceedings of the Fifth International Conference on Quality Assurance, Madrid, 1988.