

СТЕПЕНЬ ОБЪЕКТИВНОСТИ ОЦЕНОЧНЫХ КРИТЕРИЕВ КАЧЕСТВА ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

© *Екатерина Георгиевна Попова, Тамара Сергеевна Дьяченко, Лариса Николаевна Грибина, Олеся Федоровна Девляшова*

Волгоградский государственный медицинский университет. 400131, г. Волгоград, площадь Павших Борцов, 1.

Контактная информация: Тамара Сергеевна Дьяченко — к.м.н., доцент, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения. E-mail: dts-volga@yandex.ru

РЕЗЮМЕ: В целях формирования системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение её эффективности, осуществляется мониторинг объективных показателей деятельности медицинских организаций (МО) и их результативности на основе четко фиксируемых статистических данных. С недавнего времени в систему мониторинга включен субъективный компонент оценки качества медицинской помощи (КМП) — это удовлетворенность пациентов. Статья посвящена анализу критериев КМП и их объективности. В качестве «объективных» критериев использовались показатели из официальных статистических отчетов МО и рейтинговые оценки, рассчитанные комитетом здравоохранения Волгоградской области, «субъективных» — результаты социологических исследований, проведенных среди пациентов и врачей, а также данные интернет-опроса пациентов. По мнению врачей, главным критерием КМП в настоящее время является отсутствие официально оформленных жалоб на работу медицинского персонала и «удовлетворенность» пациента общением с врачом, которое практически не связано с объективными результатами его профессиональной деятельности. Рейтинговые показатели, рассчитанные комитетом здравоохранения Волгоградской области на основании объективных показателей работы, абсолютно не совпадают с субъективными оценками пользователей интернет-ресурса. Проведенный нами опрос пациентов показал, что более половины из них вполне удовлетворены качеством медицинской помощи, однако лишь 1,7% респондентов этой группы оставляли положительный отзыв на их официальных сайтах, на сайте органов управления здравоохранением, независимых сайтах, оценивающих работу медицинского персонала, или оформляли письменные благодарности. Пациенты, имевшие негативный опыт обращения за медицинской помощью, оформляли жалобы на качество работы МО в 10 раз чаще. Предлагается использование статистически достоверных данных, характеризующих работу амбулаторно-поликлинических медицинских организаций, и размещение этой информации на официальных сайтах МО, как альтернатива субъективным оценкам, фиксируемым в анонимных отзывах об их работе.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: первичная медико-санитарная помощь; качество медицинской помощи; целевые показатели; удовлетворенность; оценочные критерии.

THE DEGREE OF OBJECTIVITY OF EVALUATION CRITERIA FOR THE QUALITY OF PRIMARY HEALTH CARE

© *Ekaterina G. Popova, Tamara S. Dyachenko, Larisa N. Gribina, Olesya F. Devlyashova*

Volgograd State Medical University. Pavshikh Bortsov Sq., 1 Volgograd, Russia 400131

Contact information: Tamara Sergeevna Dyachenko MD, PhD, Associate Professor, Head of Department of Public Health and Health care. E-mail: dts-volga@yandex.ru

ABSTRACT: In order to create a system that ensures the availability of medical care and increases its effectiveness, objective indicators of the activities of medical organizations (MO) and their effectiveness are monitored based on clearly recorded statistical data. Recently, the monitoring system has included a subjective component of the quality of medical care assessment (QMC) — patient satisfaction. The article is devoted to the analysis of QMC criteria and their objectivity. We used indicators from official statistical reports of MO and ratings calculated by the Health Committee of the Volgograd region as “objective” criteria, “subjective” — the results of sociological research conducted among patients and doctors, as well as data from an Internet survey of patients. According to doctors, at present the main criterion of the QMC is the absence of officially registered complaints about the work of medical personnel and the patient’s “satisfaction” with communication with the doctor, which is practically not related to the objective results of his professional activity. The rating indicators calculated by the Health Committee of the Volgograd region based on objective performance indicators absolutely do not coincide with the subjective assessments of users of the Internet resource. Our survey of patients showed that more than half of them are quite satisfied with the quality of medical care, but only 1.7% of respondents in this group left a positive review on their official websites, on the website of health authorities, independent sites that evaluate the work of medical personnel, or issued written thanks. Patients who had a negative experience of seeking medical help filed complaints about the quality of work of MO 10 times more often. It is proposed to use statistically reliable data that characterize the work of outpatient medical organizations, and the placement of this information on the official websites of MO, as an alternative to subjective assessments recorded in anonymous reviews of their work.

KEY WORDS: primary health care; quality of care; targets; satisfaction; evaluation criteria.

«Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года», утвержденная распоряжением Правительства РФ от 17.11.2008 №1662-р (ред. от 28.09.2018), декларировала в качестве основной цели государственной политики в области здравоохранения «формирование системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки» [3]. При этом в качестве приоритетных задач названы: обеспечение государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи в полном объеме, модернизация системы обязательного медицинского страхования и развитие системы добровольного медицинского страхования, повышение эффективности системы организации медицинской помощи, улучшение лекарственного обеспечения, информатизация системы здравоохранения, развитие медицинской науки и инноваций в сфере здравоохранения, повышение квалификации медицинских работников и создание системы повышения мотивации к качественному труду, совершенствование системы охраны здоровья населения. Результатом напряженного планомерного труда отраслевых управленческих структур, опирающих-

ся на государственную поддержку, и всего медицинского сообщества должно было стать улучшение здоровья и качества жизни населения страны. На этом этапе организации работы системы здравоохранения Правительством РФ были четко указаны конкретные (выраженные в цифрах) контрольные научно обоснованные показатели эффективности осуществляемых организационных и экономических мер: снижение уровня смертности от болезней системы кровообращения (не менее чем в 1,4 раза), несчастных случаев, отравлений и травм (примерно в 2 раза), младенческой и материнской смертности (до показателей развитых стран); снижение заболеваемости социально значимыми заболеваниями (в 1,5 раза); увеличение объема амбулаторной помощи, в первую очередь профилактической, позволяющей выявлять заболевания на ранних стадиях (в 1,3 раза), повышение эффективности использования коечного фонда, обеспечение в полном объеме потребности населения в высокотехнологичной медицинской помощи [3]. То есть предполагалось осуществление мониторинга объективных показателей деятельности медицинских организаций и их результативности на основе четко фиксируемых статистических данных. В тщательно продуманном документе также акцентировано внимание на создании системы управления качеством медицинской помощи.

Внутри медицинского сообщества с определенным успехом непрерывно ведется работа по определению критериев оценки качества медицинской помощи. Усилиями органов управления здравоохранением, федеральных контролируемых структур (Фонд социального страхования, Росздравнадзор, Роспотребнадзор и т.д.), фондов обязательного медицинского страхования, страховых медицинских организаций сформулированы принципы и утверждены документы, позволяющие на основе объективных критериев контролировать объемы и качество медицинских услуг, оказываемых гражданам в медицинских организациях (МО). В настоящее время контролю подлежат: ведение медицинской документации, в том числе своевременность установления клинического диагноза, формирование планов обследования и лечения пациента и их своевременная коррекция с учетом клинического диагноза, состояния пациента, особенностей течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений и результатов проводимого лечения; назначение лекарственных препаратов; выполнение утвержденных стандартов медицинской помощи и сроки её оказания; проведение экспертизы временной нетрудоспособности, стойкой утраты трудоспособности; осуществление диспансерного наблюдения; проведение медицинских осмотров и диспансеризации в установленном порядке, назначение по их результатам, в случае необходимости, дополнительных медицинских мероприятий, в том числе установление диспансерного наблюдения [2, 1]. Всё вышеизложенное объективно измеримо и доступно экспертизе и реэкспертизе.

Решение вопросов, связанных с оптимизацией работы системы здравоохранения в целом (адекватное целям финансирование, кадровое обеспечение, унификация работы медицинского персонала при сохранении индивидуального подхода к вопросам диагностики, лечения и профилактики, информационная поддержка ме-

дицинских организаций и т.д.) и рациональное использование имеющихся отраслевых ресурсов, ответственность и профессионализм сотрудников МО на местах были необходимым и достаточным условием достижения результата. Однако накопившиеся проблемы (несовершенный менеджмент, использование на местах устаревшего оборудования и медицинских технологий, кадровый дефицит в первичном звене, низкая медицинская активность граждан и многое другое) не позволили достичь объективных целевых показателей в рекомендованные сроки.

Нельзя отрицать получение существенных положительных результатов в процессе проведения крупномасштабных реформ в системе здравоохранения, однако ожидание радикального прорыва в отрасли не оправдалось. Тем не менее результат был необходим. По-видимому, это и заставило включить в систему мониторинга субъективный компонент оценки качества медицинской помощи, не заявленный в вышеуказанном документе — удовлетворенность пациентов её оказанием, обосновывая нововведение необходимостью создания двустороннего информационного обмена в диаде: система здравоохранения — пациенты.

Новый документ — Указ Президента РФ от 06.06.2019 №254 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года», подтвердил актуальность всех ранее выбранных Правительством РФ направлений развития системы здравоохранения [4]. В Указе Президента РФ зафиксированы не только конкретные целевые показатели реализации Стратегии (раздел III, пункты 33–35), но утвержден перечень контролируемых показателей, позволяющих объективно оценить результаты предпринимаемых усилий и состояние национальной безопасности в сфере охраны здоровья граждан (раздел III, пункт 29).

Заметим, что неудовлетворенность граждан доступностью и качеством медицинской помощи упоминается в Указе только как один из

Таблица 1

Целевые и результирующие показатели выполнения Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года (по данным Федеральной службы государственной статистики, 2018 год)

Показатели	Российская Федерация		Волгоградская область	
	Целевой показатель	Результат	Целевой показатель	Результат
Общая смертность (смертность от всех причин)	11,8%	12,5%	11,8%	13,4%
Смертность от БСК	649,4 ⁰ / ₀₀₀₀	583,1 ⁰ / ₀₀₀₀	649,4 ⁰ / ₀₀₀₀	691,9 ⁰ / ₀₀₀₀
Смертность от новообразований (в том числе от ЗНО)	192,8 ⁰ / ₀₀₀₀	203,0 ⁰ / ₀₀₀₀	192,8 ⁰ / ₀₀₀₀	218,3 ⁰ / ₀₀₀₀

наиболее значимых вызовов национальной безопасности в сфере охраны здоровья граждан (раздел III, пункт 24, подпункт 2), но не включена в оценочные критерии, так как (и это очевидно) является интегративным результатом всех действий по реализации Стратегии.

Управляемость системами оценки удовлетворенности, трудности с контролем процесса получения информации — широкое поле для различных манипуляций, а также попытка внедрить в оказание медицинской помощи элементы «демократизации», повысить степень участия пациентов в решении профессиональных медицинских вопросов.

Согласно используемым в практике моделям взаимодействия врача и пациента возможны: патернализм — модель, предполагающая существование врача, с непрекаемым профессиональным и личным авторитетом, и пациента — делегирующего ему свою ответственность за процесс лечения; паритетные взаимоотношения — коллегиальная модель, в основе которой лежит сотрудничество на основе взаимной ответственности и контрактная модель на основе соглашения сторон (без юридического и финансового подтекста). В настоящее время в практике работы каждого врача, как и ранее, используются (в зависимости от социально-психологических особенностей пациентов) все указанные варианты субъект-субъектного взаимодействия в диадах врач-пациент, но все модели предполагают наличие профессиональных компетенций у врача и отсутствие таковых у пациентов. В порядке исключения рассматривается ситуация, когда пациентом является врач, но и здесь есть непрекаемое правило, используемое в медицинском сообществе: врач не может лечить себя и близких родственников, так как предполагающаяся в этом случае эмоциональная нестабильность может привести к принятию неверных решений. Врач всегда выбирает тактику общения с пациентом с учетом психологических особенностей пациента, понимая необходимость оказания медицинской помощи, включая его в эмоционально активное сотрудничество. Таким образом, ничего нового в том, что в процессе диагностики и лечения у грамотного и опытного врача пациенты чувствуют свою значимость и участвуют в лечебном процессе, нет. Сокращение продолжительности непосредственного общения врача и пациента, ограниченная длительность первичного и повторных приемов, изменили форму получения информации о субъективных оценках пациентами действий медицинских работников. В практику широко внедряются

социологические опросы, которые отражают мнение пациентов о качестве сервисных характеристик организации оказания медицинской помощи, субъект-субъектных отношений в процессе её оказания. Обработка данных анкет дает информацию об усредненных, типичных оценках этих показателей, что необходимо и целесообразно для коррекции имеющихся проблем. Однако в последнее время в используемые анкеты вносятся вопросы, предполагающие получение от респондентов оценки профессиональных компетенций врачей и медицинских сестер. Индивидуальность восприятия организационных, технологических и профессиональных особенностей оказания медицинской помощи в МО, являющаяся отражением чувств и ощущений пациента в момент получения медицинской помощи, не всегда соответствует действительности, допускает разные степени искажения сути событий. Объективная реальность, факты, статистические данные, профессиональная оценка медицинской эффективности оказания помощи в конкретной МО подменяются индивидуальными оценочными суждениями пациентов. Активное внедрение термина «удовлетворенность пациента» применительно к работе медицинских организаций в реальности приводит к снижению качества оказываемой медицинской помощи.

Цель исследования: изучить применение различных критериев качества первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в поликлиниках г. Волгограда, и оценить степень их объективности.

Материалы и методы: для проведения сравнительного анализа в качестве «объективных» критериев использовались показатели из официальных статистических отчетов медицинских организаций и рейтинговые оценки, рассчитанные комитетом здравоохранения Волгоградской области, «субъективных» — результаты социологических исследований, проведенных среди пациентов и врачей с помощью специально разработанных анкет, а также данные интернет-опроса пациентов.

Результаты и их обсуждение. Нами проведен опрос 265 врачей различных специальностей, из которых 218 оказывают амбулаторную помощь и 47 — стационарную. В результате обработки анкет выяснено, что подавляющее число специалистов (224 респондента, или 84,5%) стараются избегать любых конфликтов с пациентами, даже если их поведение иррационально и может негативно повлиять на результаты лечения. Главным критерием качества оказания медицинской помощи в настоящее время, с точки зрения

опрошенных, является отсутствие официально оформленных жалоб на работу медицинского персонала (их наличие влияет на размер стимулирующей надбавки при выплате заработной платы) — 81,5% (216 респондентов) и «удовлетворенность» пациента общением с врачом, которое практически не связано с объективными результатами профессиональной деятельности врача. Заметим, что наличие «добровольного информированного отказа от медицинского вмешательства», оформленного «должным» образом, фактически освобождает медицинского работника от «лишних» разговоров, напряжения, проблем, возникающих при необходимости выполнения болезненных, эмоционально и физически затратных для пациента диагностических и лечебных процедур — 78,9% (209 респондентов). Неприятные, с возможным негативным результатом, но необходимые процедуры не назначаются, качественные современные лекарственные средства не используются из-за страха нарушить комфортное самоощущение пациента. Полномочия по своевременной диагностике делегируются коллегам, а нередко (вспомним «добровольное информированное согласие/отказ от медицинского вмешательства») ответственность за процесс возлагается на пациента, не обладающего достаточными знаниями. Фактически мы наблюдаем формирующуюся девиацию профессионального поведения врачей. Результативность оказания медицинской помощи, которая выражается объективными критериями, прино-

сится в жертву субъективной, ничем не измеряемой, удовлетворенности её качеством.

Необходимость реагирования на низкие показатели удовлетворенности пациентов, получаемые при опросах территориальных фондов ОМС, органов управления здравоохранением (в том числе и в интерактивном формате) приводит к росту числа внеплановых проверок МО, что также не способствует повышению качества оказания медицинской помощи, затрудняя работу врачей. Подчеркнем, что удовлетворение запросов потребителей медицинских услуг необходимо анализировать для принятия мер по коррекции модифицируемых факторов при организации оказания медицинской помощи, и другого механизма получения информации, кроме социологических опросов, не существует. Однако нужно четко установить границы возможного использования субъективных суждений пациентов в оценке качества диагностики, лечения, профилактики и даже системы организации оказания медицинских услуг в конкретных МО, которые должны анализироваться профессиональным экспертным сообществом.

В интернет пространстве, в том числе и на официальных сайтах региональных органов управления здравоохранением существует масса источников информации, которые, используя не стандартизированные интерактивные методики и недостаточные по объему выборки опросов пациентов, создают рейтинговые шкалы по

Таблица 2

Сопоставление рейтингов по данным опросов удовлетворенности качеством оказания медицинской помощи и объективных показателей деятельности МО

МО	Рейтинг МО		Показатели деятельности МО						
	по данным Комитета здравоохранения Волгоградской области (место)	по данным сайта «rfo doktorgov» (народный рейтинг)	Смертность			% выявления ЗНО на I–II стадиях	% профилактических посещений МО	Выполнение плана диспансеризации взрослого населения (по данным к оплате в СМО счетам) %	Количество официально зарегистрированных обеспокоенных жалоб
			общая	от БСК (‰/0000)	от ЗНО (‰/0000)				
ГУЗ «Клиническая поликлиника №1»	10	+2,05	12,2	685,4	198,8	57,0	17,0	94,4	1
ГУЗ «Поликлиника №2»	2	- 0,35	12,6	668,2	197,8	57,0	27,0	101,2	0
ГАУЗ «Клиническая поликлиника №3»	13	+0,24	12,7	671,3	199,2	63,0	37,0	99,8	2
ГУЗ «Поликлиника №4»	6	- 2,89	12,7	645,5	167,6	59,0	28,0	99,8	0
ГУЗ «Клиническая №28»	5	+0,06	10,3	639,8	221,5	59,0	29,0	100,0	0
ГУЗ «Поликлиника №30»	11	- 1,03	10,7	647,0	191,5	59,0	27,0	100,3	2

оценке качества оказания услуг в медицинских организациях. При этом анализируются данные по удовлетворенности потребителей медицинских услуг организацией процессов записи на плановый прием в поликлиниках, условия и длительность ожидания приема участковыми врачами и врачами специалистами, возможность проведения диагностических процедур и их ожидание, вежливость и коммуникабельность сотрудников, достаточность информационных ресурсов МО, то есть осуществляется попытка оценить организационные особенности оказания медицинской помощи. Но в названии предлагаемых анкет всегда присутствует просьба оценить именно качество оказания медицинской помощи. На лицо подмена понятий, введение потребителя медицинских услуг в заблуждение. Проиллюстрируем вышесказанное.

Анализ данных, представленных в таблице 2, убедительно показывает, что рейтинговые показатели МО, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, которые рассчитаны комитетом здравоохранения Волгоградской области на основании их объективных показателей работы, абсолютно не совпадают с оценками сайта «prodoktorov» (народный рейтинг), полученными в результате анализа субъективного мнения пациентов, посетивших этот электронный ресурс [5].

Нами проведено анкетирование посетителей МО, оказывающих населению первичную медико-санитарную помощь. Все МО были сопоставимы по условиям предоставления медицинских услуг, укомплектованности медицинским персоналом, имели действующие лицензии на осуществление медицинской деятельности, выданные комитетом здравоохранения Волгоградской области. Их работа организовывалась согласно утвержденным приказам Министерства здравоохранения РФ порядкам оказания медицинской помощи в расчете на прикрепленное население, включая штатные нормативы и стандарты оснащения кабинетов.

В каждой из представленных в таблице 2 поликлиник проведен опрос 150 пациентов (всего обработано 900 анкет, из них 1,3% признаны испорченными).

Выяснено, что пациенты старше 60 лет крайне редко перед обращением в поликлинику интересуются отзывами из интернета о работе МО в целом и отзывами о конкретных врачах — 4,6% респондентов этой возрастной группы (всего в этой возрастной группе опрошено 242 пациента). Оценка работы МО и врачей из интернета интересует 16,2% пациентов в возрасте 50–59 лет (всего респондентов в

группе 229 человек), 21,8% пациентов в возрасте 40–49 лет (всего респондентов в группе 193 человека), 31,7% пациентов в возрасте 30–39 лет (всего респондентов в группе 126 человек), 61,2% пациентов в возрасте 20–29 лет (всего респондентов в группе 98 человек).

Таким образом, у 21,4%, т.е. каждого пятого потенциального пациента поликлиник еще до посещения МО формируется негативное отношение к предстоящему посещению лечебного учреждения, страх перед возможностью получения медицинской помощи ненадлежащего качества, недоверие к профессионализму медицинского персонала, которое, несомненно, будет мешать лечебному процессу, конструктивному взаимодействию с медицинским персоналом и отрицательно влиять на результаты лечения.

Более половины пациентов МО (58,9%) вполне удовлетворены качеством медицинской помощи, которую они получают в территориальных поликлиниках, 38,5% имели различные претензии к тому, как организовано оказание медицинской помощи и к её качеству в их понимании (2,6% респондентов не ответили на предложенный вопрос). Цифры сопоставимы. Однако из числа пациентов, позитивно оценивающих работу МО, лишь 9 человек (1,7% респондентов этой группы) оставляли отзыв на их официальных сайтах, обращались на сайты органов управления здравоохранением, контролирурующих органов, независимые сайты, оценивающие работу медицинского персонала, или оформляли письменные благодарности. Те же, кто имел негативный опыт обращения за медицинской помощью, оформляли жалобы на качество работы МО в 10 раз чаще — 107 человек (31,3% респондентов этой группы). Результатом механической обработки обращений становится снижение рейтинга МО. При этом, из числа недовольных оказанием медицинской помощи в территориальных поликлиниках и оформивших хотя бы однократно различного рода соответствующие обращения, только 4,7% (16 респондентов) хотели бы сместить «прикрепление» к МО или поменять лечащего врача. Можно предположить, что высказанная этими пациентами негативная оценка работы МО или медицинского персонала не являются вполне объективными.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, рейтинговые оценки качества работы МО, полученные на основании эмоционально окрашенных оценочных суждений пациентов, не могут быть объективными.

С нашей точки зрения необходимо внедрить в практику работы территориальных органов управления здравоохранением широкое информирование населения об объективных показателях деятельности МО (в том числе выполнении целевых показателей реализации Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года). Итоги работы каждой поликлиники, стационара, диспансерного учреждения и т.д. в стандартизованных показателях должны размещаться на официальных сайтах МО. Это позволит их потенциальным пациентам осуществить своё право на информированный выбор МО для осуществления наблюдения и лечения, предотвратит формирование необъективных суждений о конкретных МО и системе здравоохранения в целом, позволит снизить финансовые потери амбулаторно-поликлинических учреждений (их финансирование напрямую зависит от количества обслуживаемых в МО пациентов) и, в конечном итоге, повысив доверие пациентов к профессионализму медицинского персонала, приведет к лучшим результатам оказания медицинской помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Орел В.И., Каканов А.М., Рукавишников А.С. Риск-ориентированный подход при проведении проверок медицинских организаций. Медицина и организация здравоохранения. 2018; 1(3): 15–9.
2. Приказ Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «О критериях оценки качества медицинской помощи». Доступен по: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71575880/> (дата обращения 15.07.2020).
3. Распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008 №1662-р (ред. от 28.09.2018) «Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года». Доступен по: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/94365/> (дата обращения 15.07.2020).
4. Указ Президента РФ от 06.06.2019 №254 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Феде-

рации на период до 2025 года». Доступен по: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72164534/> (дата обращения 15.07.2020).

5. ProDoctorov: [Электронный ресурс]. Волгоград, 2018–2019. Доступен по: <https://prodoctorov.ru/volgograd> (дата обращения 15.07.2020).

REFERENCES

1. Orel V.I., Kakanov A.M., Rukavishnikov A.S. Risk-oriented approach to carrying out audits of medical organizations. [Risk-oriented approach to carrying out audits of medical organizations]. *Meditsina i organizatsiya zdavookhraneniya*. 2018; 1(3): 15–9. (in Russian).
2. Prikaz Minzdrava Rossii ot 10.05.2017 № 203n «O kriteriyakh otsenki kachestva meditsinskoj pomoshchi». [Order of the Ministry of Health of the Russian Federation dated 10.05.2017 No. 203n “on criteria for evaluating the quality of medical care”. Available at: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71575880/> (accessed 15.07.2020). (in Russian).
3. Rasporyazhenie Pravitel'stva RF ot 17.11.2008 №1662-r (red. ot 28.09.2018) «Kontseptsiya dolgosrochnogo sotsial'no-ekonomicheskogo razvitiya Rossiyskoj Federatsii na period do 2020 goda». [Decree of the Government of the Russian Federation of 17.11.2008 No. 1662-R (ed. from 28.09.2018) “Concept of long-term socio-economic development of the Russian Federation for the period up to 2020»]. Available at: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/94365/> (accessed 15.07.2020). (in Russian).
4. Ukaz Prezidenta RF ot 06.06.2019 №254 «O Strategii razvitiya zdavookhraneniya v Rossiyskoj Federatsii na period do 2025 goda». [Decree of the President of the Russian Federation dated 06.06.2019 No. 254 “On the strategy for the development of healthcare in the Russian Federation for the period up to 2025”. Available at: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72164534/> (accessed 15.07.2020). (in Russian).
5. ProDoctorov: [Electronic resource]. Volgograd., 2018–2019. Available at: <https://prodoctorov.ru/volgograd>. (accessed 15.07.2020). (in Russian).