

Р.Р. ГАЛЛЯМОВ, Ю.А. КУЗНЕЦОВА

КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ В РОССИЙСКОМ РЕГИОНЕ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ «СУБЪЕКТИВНЫХ» ПОКАЗАТЕЛЕЙ

ГАЛЛЯМОВ Рушан Рахимзянович – доктор социологических наук, профессор, главный научный сотрудник Института стратегических исследований Республики Башкортостан, Уфа, Россия (gal-rushan@yandex.ru); КУЗНЕЦОВА Юлия Александровна – кандидат экономических наук, ведущий научный сотрудник, доцент филиала Кузбасского государственного технического университета им. Т.Ф. Горбачева, Новокузнецк, Россия (acanaria2005@yandex.ru).

Аннотация. На основе результатов опроса потребителей медицинских услуг и экспертов из числа врачей и преподавателей медицинского вуза, осуществляется диахронный (на протяжении десяти лет) анализ качества здравоохранения в одном из российских регионов (на примере Республики Башкортостан). Эмпирической базой являются результаты шести опросов (по два в каждый год), осуществленных по аналогичному инструментарию в 2006, 2011 и 2016 гг. в нескольких поликлиниках, клинических учреждениях и на кафедрах медицинского университета при больницах Уфы.

Ключевые слова: качество медицинского обслуживания • ведущие тренды • российский регион

DOI: 10.31857/S013216250006654-2

На современном этапе развития мирового здравоохранения актуальна не столько задача охвата всего населения, который в значительной части высокоразвитых стран мира уже достигнут, сколько повышение уровня качества медицинского обслуживания, соответствующего современным требованиям. В российском обществе данная тенденция совпала с требованиями модернизации, начавшейся с 2000-х гг., когда наибольшую актуальность в развитии всей социальной сферы, в том числе здравоохранения, приобрели их качественные характеристики. Не случайно «одним из основных приоритетов системы здравоохранения является обеспечение качества медицинской помощи. Если ранее основное количество жалоб были посвящены отсутствию помощи в принципе, то сегодня граждане все больше внимания уделяют требованиям качества»¹. Результаты приводимого в настоящей статье исследования во многом подтверждают данный вывод.

Теоретические и методические основания анализа. Предлагаемый ВОЗ методологический подход к определению качества медицинского обслуживания основан на структурных, процессуальных и результирующих подходах к оценке качества медицинской помощи. А качество медицинских услуг определяется как «применение медицинской науки и технологии таким образом, чтобы максимизировать их выгоду для здоровья, соответственно, без увеличения риска неблагоприятных исходов» [Donabedian, 1979: 277–278]. Существуют и другие подходы к данной проблеме. Например, определение качества медицинского обслуживания как «предоставление эффективных медицинских услуг, неизменно радующее пациента и осуществляемое в соответствии с последними клиническими

¹ Минздравом России разработаны и внедрены критерии качества и система мониторинга критериев качества медицинской помощи. Материал опубликован на официальном сайте Министерства здравоохранения РФ 04 сентября 2015 в 12:24 (обновлен 06 сентября 2015 в 18:51). URL: <https://www.rosminzdrav.ru/news/2015/08/28/2512-vstupil-v-silu-prikaz-minzdrava-rossii-ob-utverzhdenii-kriteriev-otsenki-kachestva-meditsinskoj-pomoschi> (дата обращения: 05.02.2019).

рекомендациями и стандартами» [Mosadeghrad, 2013: 203] или как ее предоставление, с достижением максимально возможных клинических результатов при имеющихся ресурсах [Appleby, 2009]. Другое определение – «показатель, который через предоставление медицинских услуг для отдельных лиц и населения в целом увеличивает вероятность желаемого клинического результата, соответствует современным профессиональным знаниям и медицинским технологиям» [Lohr, 1990: 20]. Таким образом, даже в западной науке, где исследования проблем качества здравоохранения имеют сложившиеся традиции, нет четкого и общепринятого определения [Панов, 2015].

Анализ других научных публикаций, посвященных исследованию качества медицинского обслуживания показывает, что значительная часть посвящается разработке медико-экономических стандартов, оригинального набора индикаторов, критериев качества и других преимущественно количественных его показателей [Деметьев, 2016; Низамутдинова, Галиахметова, 2014; Рожков, 2012; Шарафутдинова, Кузнецова, 2015].

Авторская модель качества здравоохранения основана на том, что наряду со структурой, процессом и результатами здравоохранения, существенную роль в его повышении играют так называемые «сопутствующие» факторы, в том числе: логистические (удаленность, транспортная доступность, оперативность предоставления и т.д.), финансовые (соотношение бесплатных и платных услуг, доступность оплачиваемого обслуживания и т.д.), идентификационные (уровень самоощущений клиентов) и другие аспекты. Качественное медицинское обслуживание представляет собой совокупность таких характеристик реализации здравоохранения, которые обеспечивают: во-первых, доступность и своевременность оказания помощи; во-вторых, наивысший уровень профилактики и излечения от заболеваний на основе последних достижений науки и высокого профессионализма врачебно-медицинского персонала; в-третьих, оптимальное соотношение бюджетных и платных процедур диагностики и лечения, предполагающее доступность последних широким слоям населения; в-четвертых, как результирующий элемент, получение пациентами высокого самоощущения качества обслуживания. То есть подчеркивается, с одной стороны, процессуальный характер качества медицинского обслуживания, и значительная роль идентификационных (в смысле самоощущения) характеристик данного явления с точки зрения пациентов – с другой.

Инструментарий проведенных нами в течение десяти лет опросов исходил из разработки анкеты для клиентов медицинских учреждений и опросного листа для экспертов. Первый опросник состоял из 16 вопросов, определяющих различные индикаторы качества здравоохранения, в том числе: плата за предоставляемые услуги и ее эффективность, качество приема специалистов и обслуживания поликлиник, качество скорого медицинского обслуживания, наличие современного диагностического и лечебного оборудования, самооценка уровня здоровья пациентов в процессе лечения. Методика экспертного опроса включала вопросы, которые характеризовали в первую очередь наличие технических и организационных возможностей для назначения качественного лечения. Одновременно в вопросы экспертной оценки входило определение специалистами здравоохранения точности сформулированных диагнозов и оптимальное ведение больных до состояния выздоровления.

Эмпирическую базу диахронного анализа, осуществленного за 10 лет (с 2006 по 2016 г.), составили материалы трех групп опросов (массового и экспертного), проведенных в 2006, 2011 и 2016 гг. Инструментарий исследования включал анкетный опрос посетителей больниц и поликлиник, а также экспертный опрос врачей и преподавателей медицинского вуза. Выборка массового опроса включала в соответствующие годы: 2006 г. – 635 чел., 2011 г. – 628 чел., 2016 г. – 634 чел., опрошенных методом случайного отбора. Выборка экспертного опроса включала в 2006 г. – 38, 2011 г. – 42, 2016 г. – 39 врачей-специалистов из поликлиник, городских клинических больниц и преподавателей медицинского вуза. Отбор экспертов происходил методом «снежного кома», эксперты опрашивались в тех же медицинских учреждениях и по схожим количественным параметрам в разные годы.

Оценка качества медицинского обслуживания. Не вызывает сомнений, что на начальном этапе на оценку качества медицинского обслуживания определяющее влияние оказывает доступность медицинских учреждений как логическая основа его оперативности, и, к сожалению, в большинстве работ по этой проблематике на это не обращается достаточно внимания. Между тем статья десятая ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в качестве трех из восьми условий доступности и качества медицинской помощи предусматривает «организацию оказания медицинской помощи по принципу приближенности к месту жительства, месту работы или обучения», а также «возможность выбора медицинской организации и врача» и «транспортную доступность медицинских организаций для всех групп населения»². Поэтому для выяснения данной позиции задавался вопрос: «Много ли времени вы тратите на то, чтобы добраться до ближайшего лечебно-профилактического учреждения от вашего места жительства?» Результаты опроса показывают, что пятая часть (22,5%) может добраться до поликлиники за время менее 15 минут, еще 35% тратят на дорогу около получаса, находятся в доступности от поликлиник от 30 минут до 1 часа 18,5%, свыше часа тратят на дорогу 9%, остальные либо отказались, либо затруднились ответить на этот вопрос.

Изучение диахронных показателей фактора удаленности (доступности) медицинской помощи на протяжении исследованных десяти лет показало, что уменьшается количество респондентов, тратящих на дорогу до поликлиники менее 15 минут, увеличивается количество тех, кто добирается около 30 минут и от 30 минут до 1 часа. По всей видимости, это вызвано ужесточением процедуры «территориальной привязанности» пациентов к поликлиникам по месту жительства, а также процессом дезурбанизации – в последнее десятилетие значительная группа горожан предпочла загородный образ жизни, одновременно продолжая пользоваться услугами поликлиник, расположенных «внутри» города.

Известно, что как «театр начинается с вешалки», качество медицинского обслуживания зависит от эффективности функционирования регистрационного и приемного отделений. Как показывают результаты аналогичных исследований, несмотря на доминирование удовлетворенности работой регистратур, пациенты выражают критическое отношение к работе регистраторов, с точки зрения возможности записаться и грубого отношения к гражданам [Шарафутдинова, Кузнецова, 2015]. Результаты проведенных нами опросов зафиксировали, что существенно (почти на 50%) сократилось время ожидания приема в очереди. Одновременно заметно и увеличение результативности предварительной записи на прием к врачу. Вероятно, после начала реформирования работы поликлиник (начиная с 2010-х гг.) эффективность процедуры предварительной записи возросла, что привело к сокращению ожидания в очередях. Так, если в 2006 г. пациент тратил на ожидание приема в среднем более получаса, то в 2011 г. – уже около 20 минут, а в 2016 г. (при наличии предварительной записи) – не более 10 минут.

Одним из важнейших факторов улучшения качества здравоохранения являются профилактические мероприятия, так как заболевание легче предупредить или купировать его на ранних стадиях развития. По результатам наших опросов, количество пациентов, проходивших диспансеризацию, увеличивается: в 2006 г. их было не более 15%, в 2011 г. – 25%, а в 2016 г. – более 30%. Однако и в последнем случае данные опросов фиксируют меньшие показатели, чем это демонстрируется в официальной отчетности. Например, по данным, предоставленным нам в поликлиниках, в которых проводились опросы, статистика фиксировала диспансеризацию более половины стоящих на учете пациентов, что, вероятнее всего, значительно больше реального положения.

Результаты опросов показывают, что самооценка здоровья коррелирует с возрастными характеристиками и с уровнем благосостояния респондентов, как и в аналогичных исследованиях по другим регионам России [Карпикова, 2015]. Естественно, что в старших

² Федеральный Закон Российской Федерации № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (в ред. от 07.03.2018 г.).

возрастных группах показатели самоощущения здоровья падают, у молодых оно выше. Причем при осуществлении диахронного исследования происходит некоторое ухудшение идентификационных характеристик состояния здоровья пациентов. С точки зрения экспертов, наоборот, заметно некоторое (на 10–12%) улучшение здоровья населения. Основные тренды в оценке состояния здоровья населения респондентами из числа пациентов и лечащих врачей имеют разнонаправленный характер. В самооценке населения оно ухудшается, по мнению экспертов – улучшается. Хотя в целом можно говорить о некоторой стабилизации состояния здоровья на протяжении анализируемого десятилетия по результатам субъективного мнения опрошенных. В то же время официальные статистические данные по республике показывают с 2006 по 2011 г. заметный рост относительной заболеваемости населения, а в текущем десятилетии, в рамках небольшого колебания, стабилизацию и даже некоторое уменьшение его показателей [Здравоохранение..., 2017].

При выяснении качества оказания медицинских услуг наибольшее значение имеет анализ самооценки респондентами различных факторов, оказывающих на этот процесс наибольшее влияние. Как показали результаты, основные показатели качества здравоохранения, выдвигаемые пациентами, не согласуются, с точки зрения доминирования, с индикаторами, выдвигаемыми экспертами из числа врачебно-медицинского персонала. Так, с точки зрения населения, доминирующими факторами, обеспечивающими качество здравоохранения выступают (в порядке убывания): квалификация специалистов, оснащение медицинской техникой и оборудованием, возможность проведения необходимых анализов, обследований. По мнению экспертов, лидерами качественной медицинской помощи являются (также в порядке убывания): оснащение медицинской техникой и оборудованием, возможность проведения необходимых анализов, обследований и результаты лечения. Выявленные различия задаются в значительной степени квалификационными и профессиональными характеристиками участников процесса оказания медицинской помощи. Однако при анализе показателей доминирующих факторов, даже в рамках опроса одной группы респондентов, происходят определенные изменения, с точки зрения их доминирования. Например, если в 2006 г. респонденты из числа клиентов поликлиник и больниц выдвигали в качестве основных одни факторы обеспечения качественной медицинской помощью, то к 2016 г. с точки зрения доминирования они несколько изменились (табл.).

Как показывает анализ результатов, в течение исследуемых 10 лет произошло заметное улучшение показателей удовлетворенности основными факторами качественного

Таблица

Уровень удовлетворенности населения Республики Башкортостан отдельными составляющими медицинского обслуживания в 2006–2016 гг. (в %)

Показатели качества медицинской помощи	Тип медицинского учреждения					
	поликлиника			больница		
	2006	2011	2016	2006	2011	2016
Укомплектованность специалистами	42,3	41,0	45,6	61,0	59,7	65,6
Квалификация специалистов	52,1	41,7	53,2	62,2	64,7	72,3
Оснащение медицинской техникой и оборудованием	48,9	40,6	50,1	50,0	54,2	59,0
Отношение к пациентам со стороны медицинского персонала	43,9	40,1	44,2	58,7	46,8	57,8
Возможность проведения необходимых анализов, обследований	48,8	47,7	55,0	61,2	52,2	65,3
Результаты лечения	44,8	41,2	49,7	56,5	47,8	58,7

Примечание. Опрос предполагал возможность выбора нескольких вариантов ответов, поэтому сумма превысила 100%

Источник: результаты массового опроса 2006, 2011, 2016 гг.

здравоохранения. Нельзя не заметить, что в первое пятилетие (2006–2011) эти показатели в большинстве своем падали, а потом начали расти. Вместе с тем уровень удовлетворенности медицинским обслуживанием в целом и по отдельным его направлениям, как у широких слоев населения, так и у экспертов, остается низким: удовлетворенных чуть больше половины. Только в последние годы уровень удовлетворенности начинает расти, что может быть связано как с реальным повышением качества здравоохранения, так и с падением уровня критического отношения к качеству медицинского обслуживания. Существенно коррелируют с полученными нами данными результаты опроса, проведенного уфимскими социологами в 2016 г.: 38,3% выразили неудовлетворение, только 21,7% подтвердили свою удовлетворенность и 40% – частичную удовлетворенность качеством оказанных медицинских услуг в большинстве городов и сельских поселений Республики Башкортостан [Ахметьянова, Имильбаева, 2017: 14]. Кстати, именно подобные количественные показатели самооценки качества здравоохранения (от 39,5% до 65% удовлетворенных) демонстрировали пациенты областей и республик Сибирского федерального округа в 2015 г. [Дементьев, 2016].

Некоторые авторы, исследующие качество медицинских услуг, выдвигают свои критерии их качества, в том числе: информационные показатели медицинской услуги; квалификационные требования к врачам; профессиональные качества врача; профессиональность оказания медицинской услуги; качественные показатели самого процесса оказания услуги [Низамутдинова, Галиахметова, 2014].

Мы попытались выяснить отношение пациентов к качеству профессионализма врачебного и вспомогательного персонала в поликлиниках и больницах. Клиентам предлагалось оценить профессиональные и человеческие качества врачей и медицинских работников средней квалификации. Наиболее высокую оценку при характеристике профессиональных и человеческих качеств врачей клиенты дают их профессиональным знаниям. На втором месте – «заинтересованность в пациенте». Наконец, такие, казалось бы, обязательные качества врача, как терпимость, вежливость и внимательность, занимают последние позиции. При этом значения первых двух параметров не падают на протяжении всего десятилетия. Фактор «заинтересованность в клиенте» даже растет. В отношении среднего медицинского персонала, наоборот, наивысшую оценку пациенты дают таким профессиональным качествам, как вежливость, терпимость, внимательность, готовность помочь, отзывчивость, при том, что профессионализм и заинтересованность, с точки зрения пациентов, имеют для этой категории медицинских работников гораздо меньшее значение. Данный тренд устойчиво сохраняется на протяжении последних 10 лет. Таким образом, результаты нашего панельного исследования демонстрируют, что в отношении врачей пациенты наибольшие надежды питают к их знаниям и профессиональным навыкам, которые играют основную роль в процессе лечения. По отношению к медицинским работникам среднего уровня в большей степени ожидают вежливого и заинтересованного отношения, не требуя особых профессиональных знаний и умений. При этом требования граждан к главным для среднего медицинского персонала качествам (вежливое, внимательное отношение) постоянно растут, не уменьшаясь применительно к их профессиональным навыкам.

В условиях роста платных медицинских услуг, наряду с функционированием страховой медицины, постоянно возрастает значение здравоохранения «на коммерческой основе». По результатам исследований, доверие граждан к платным медицинским услугам уже превысило их позитивное отношение к государственному бюджетному здравоохранению [Карпикова, 2015]. Нормативные и концептуальные документы предполагают гармоничное сочетание бюджетного и коммерческого секторов здравоохранения³. Однако главным вопросом в разрешении этой дихотомии («бесплатное – платное») выступает, на наш взгляд, то, насколько уровень благосостояния и доходов россиян позволяет пользоваться

³ Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года. М.: Федеральный справочник, 2012. С. 119–148.

платными услугами, выступающими существенным дополнением к основному (бюджетному) здравоохранению для большей части населения. Например, по данным, полученным Р.А. Ахметьяновой и Р.Р. Имильбаевой, за 2016 г. в Башкирии направления на оказание платных медицинских услуг от врачей государственных поликлиник получили 61,8%, еще 26% предпочли оплатить медицинскую помощь по причине слишком длительного срока ожидания бесплатной медицинской помощи. 29,3% респондентов вынуждены обратиться за платными медицинскими услугами только из-за того, что данный вид услуг отсутствовал в системе обязательного медицинского страхования. Нельзя не отметить, что 17,5% респондентов обратились за платными услугами по причине более внимательного и компетентного отношения персонала в частных клиниках. Противоречивым на первый взгляд выглядят ответы респондентов о том, что 25,2% не обращались за внебюджетной медицинской помощью. Но при ответе на вопрос о потраченной сумме на платные медицинские услуги за последний год, лишь 16,3% указали, что не обращались к платной медицине [Ахметьянова, Имильбаева, 2017: 17]. Последнее противоречие вызвано, скорее всего, тем, что и в больницах, осуществляющих услуги страховой медицины, часто обращались за платными медицинскими услугами.

Довольно значительные группы респондентов указывают на то, что они, в ходе получения услуг обязательного медицинского страхования (то есть – бесплатного здравоохранения), вынуждены оплачивать дополнительные процедуры и анализы, а также обращаться к помощи оплачиваемых дополнительно специалистов с целью получения более квалифицированного диагноза и для ускорения оказания медицинской услуги. Причем диахронный анализ показывает, что использование пациентами платных услуг выросло более, чем в два раза: если в 2006 г. только 22,3% опрошенных высказали мнение о том, что они много платят за коммерческие медицинские услуги, то в 2016 г. таковых оказалось уже более 46%. Таким образом, значение и объемы оказания гражданам платных медицинских услуг, а также обращения к ним конкурируют с услугами, оказываемыми в рамках реализации страховой медицины.

Определяющее место в оценке пациентами качества здравоохранения играет характеристика факторов, оказывающих негативное влияние на его развитие: и пациенты, и эксперты из числа врачебно-медицинского персонала считают, что медицинское обслуживание не улучшилось: 28,7% ответили, что ухудшилось, а еще 36,4% – стабилизировалось. Причем сравнение результатов опросов по годам показывает, что критическое отношение к общей оценке состояния качества здравоохранения медленно, но стабильно растет.

В ходе опроса был предложен набор показателей, которые, на наш взгляд, давали исчерпывающую характеристику отрицательных тенденций в оказании медицинского обслуживания. В течение исследуемого десятилетия ранги некоторых факторов менялись. Так, если в 2006 г. лидирующие позиции в оценке негативных факторов занимали в убывающей последовательности: высокая стоимость лекарств; низкая квалификация врачей; падение качества медицинского обслуживания, то в 2016 г. на первое место выдвинулись такие факторы, как: низкая квалификация врачей, сокращение объема бесплатной медицинской помощи и отсутствие правовой защиты пациента.

Анализ изменения показателей, которые дают характеристику отрицательных явлений в оказании медицинского обслуживания, показывает, что фактор «низкая квалификация врачей» всегда занимает лидирующие позиции в негативной оценке предоставляемых медицинских услуг. Респондентов во все возрастающих масштабах волнует сокращение предоставления бесплатных медицинских услуг. Причем даже такие факторы как «высокая стоимость лекарств» и «недостаточное количество врачей в поликлиниках» не играют, с точки зрения респондентов, в оценке негативных тенденций развития здравоохранения такой важной роли. То есть возрастающую роль играют два фактора: во-первых, обеспокоенность граждан уровнем квалификации врачей, во-вторых, рост платных медицинских услуг в ущерб страховому здравоохранению.

Выводы. Результаты исследования демонстрируют, что оценка состояния здоровья населения респондентами из числа пациентов и лечащих врачей имеет разнонаправленный характер: по самооценке населения – ухудшается, по мнению экспертов – улучшается. Можно говорить о некоторой стабилизации уровня самооценки состояния здоровья на протяжении последнего десятилетия. При этом основные показатели качества здравоохранения, выдвигаемые пациентами, не согласуются, с точки зрения доминирования, с индикаторами, выдвигаемыми экспертами из числа врачебно-медицинского персонала. Если с точки зрения населения, доминирующими факторами, обеспечивающими качество здравоохранения, выступают (в порядке убывания): квалификация специалистов, оснащение медицинской техникой и оборудованием и возможность проведения необходимых анализов, обследований, то, по мнению экспертов, лидерами качественной медицинской помощи являются (также в порядке убывания): оснащение медицинской техникой и оборудованием, возможность проведения необходимых анализов, обследований и результаты лечения. В отношении врачей пациенты наибольшие надежды питают к их знаниям и профессиональным навыкам, которые играют основную роль в процессе лечения. По отношению к медицинским работникам среднего уровня пациенты в большей степени ожидают вежливого и заинтересованного отношения, не требуя от них каких-то особых профессиональных знаний.

Диахронный анализ отрицательных тенденций в оказании медицинского обслуживания показывает, что фактор «низкая квалификация врачей» всегда занимает лидирующие позиции в негативной оценке предоставляемых медицинских услуг. Возрастающую роль в этом смысле играет также рост платных медицинских услуг.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Ахметьянова Р.А., Имильбаева Р.Р. Социальные факторы удовлетворенности населения качеством амбулаторной медицинской помощи (на примере Республики Башкортостан) // Вестник ВЗГУ. 2017. № 5(91). С. 11–18.
- Дементьев Д.В. Качество и финансирование медицинских услуг // Современные тенденции развития науки и технологий. 2016. № 12–10. С. 28–31.
- Карпикова И.С. Качество и доступность медицинских услуг: мнение населения и специалистов сферы здравоохранения // Социологические исследования. 2015. № 6. С. 53–57.
- Низамутдинова А.З., Галиахметова А.М. Качество бюджетных услуг в сфере здравоохранения // Эффективные системы менеджмента: качество, инновации, устойчивое развитие. 2014. Т. 1. № 4. С. 111.
- Панов А.В. Факторы, влияющие на качество медицинского обслуживания // Главный врач: Хозяйство и право. 2015. № 6. С. 27–38.
- Рожков Н.Н. Оценка качества медицинских услуг на основе статистических критериев соблюдения норм медико-экономических стандартов // Информационно-управляющие системы. 2012. № 1. С. 84–87.
- Шарафутдинова Е.Н., Кузнецова О.М. Аспекты оценки качества медицинских услуг // Научный альманах. 2015. № 9(11). С. 901–904.
- Appleby J. Does Improving Quality Save Money? London: The Health Foundation, 2009. DOI: 10.1136/bmj.b3678.
- Donabedian A. The Quality of Medical Care: a Concept in Search of a Definition // The Journal of Family Practice. 1979. Vol. 9. No. 2. P. 277–284.
- Lohr N.K. Medicare: A Strategy for Quality Assurance. Washington, DC: National Academy Press, 1990.
- Mosadeghrad A.M. Healthcare Service Quality: Towards a Broad Definition // International Journal of Health Care Quality Assurance. 2013. Vol. 26. No. 3. P. 203–219.

Статья поступила: 03.05.18. Финальная версия: 26.03.19. Принята к публикации: 29.07.19.

THE QUALITY OF MEDICAL CARE IN A RUSSIAN REGION: A COMPARATIVE ANALYSIS OF «SUBJECTIVE» INDICATORS

GALLYAMOV R.R.*, KUZNETSOVA Yu.A.**

*Institute of strategic studies of the Republic of Bashkortostan, Russia; **Kuzbass State Technical University T.F. Gorbachev in Novokuznetsk, Russia

Rushan R. GALLYAMOV, Dr. Sci (Soc.), Prof., Institute of strategic studies of the Republic of Bashkortostan, Ufa, Russia (gal-rushan@yandex.ru); Yuliya A. KUZNETSOVA, Cand. Sci. (Econ.), Leading Researcher, Assist. Prof. of the Department of Economics and Management of the branch of the Kuzbass State Technical University T.F. Gorbachev in Novokuznetsk, Novokuznetsk, Russia (acanaria2005@yandex.ru).

Abstract. The article, based on the results of a survey of direct consumers of medical services and experts from the number of doctors and teachers of medical University, offers a diachronic (for ten years) analysis of the leading trends in the quality of health care in one of the Russian regions (the Republic of Bashkortostan). The empirical base of the analysis is the results of six surveys (two each year) carried out using similar instruments in 2006, 2011 and 2016 in several polyclinics, clinical institutions and departments of the medical University at the hospitals of Ufa.

Keywords: quality of health care, leading trends, Russian region.

REFERENCES

- Akhmetyanova R.A., Imilbaeva R.R. (2017) Social Factors of Population Satisfaction with the Quality of Outpatient Medical Care (Based on the Experience of the Republic of Bashkortostan). *Vestnik VEGU* [Bulletin of the Economic and Legal Humanitarian Academy]. No. 5(91): 11–18. (In Russ.)
- Appleby J. (2009) *Does Improving Quality Save Money?* London: The Health Foundation. DOI: 10.1136/bmj.b3678.
- Dement'ev D.V. (2016) Quality and Financing of Medical Services. *Sovremennye tendencii razvitiya nauki i tekhnologii* [Modern Trends in the Development of Science and Technology]. No. 12–10: 28–31. (In Russ.)
- Donabedian A. (1979) The Quality of Medical Care: a Concept in Search of a Definition. *The Journal of Family Practice*. Vol. 9. No. 2: 277–284.
- Karpikova I.S. (2015) Quality and Availability of Medical Services: Population and Health Care Experts' Opinions. *Sotsiologicheskie issledovaniya* [Sociological Studies]. No. 6: 53–57. (In Russ.)
- Lohr N.K. (1990) *Medicare: A Strategy for Quality Assurance*. Washington, DC: National Academy Press.
- Mosadeghrad A.M. (2013) Healthcare Service Quality: Towards a Broad Definition. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. Vol. 26. No. 3: 203–219.
- Nizamutdinova A.Z., Galiahmetova A.M. (2014) Quality of Budgetary Services in the Field of Health Care. *Effektivnye sistemy menedzhmenta: kachestvo, innovatsii, ustojchivoe razvitie* [Effective Management Systems: Quality, Innovation, Sustainable Development]. Vol. 1. No. 4: 111. (In Russ.)
- Panov A.V. (2015) Factors Affecting Medical Service Quality. *Glavnyj vrach: Hozyajstvo i pravo* [Head Doctor: Economy and Law]. No. 6: 27–38. (In Russ.)
- Rozhkov N.N. (2012) Quality Assessment of Medical Services Based on Statistical Criteria for Compliance with Medico-Economic Standards. *Informatsionno-upravliaiushchie sistemy* [Information and Control Systems]. No. 1: 84–87. (In Russ.)
- Sharafutdinova E.N., Kuznetsova O.M. (2015) Aspects of the Assessment of Medical Service Quality. *Nauchnyj al'manakh* [Science Almanac]. No. 9(11): 901–904. (In Russ.)

Received: 03.05.18. Final version: 27.03.19. Accepted: 29.07.19.