

Предоставление качественных услуг здравоохранения

**обязательное условие всеобщего
охвата услугами здравоохранения
на мировом уровне**



Предоставление качественных услуг здравоохранения: обязательное условие всеобщего охвата услугами здравоохранения на мировом уровне [Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage]

ISBN 978-92-4-451390-3

© Всемирная организация здравоохранения, Организация экономического сотрудничества и развития и Международный банк реконструкции и развития / Всемирный банк, 2019

Некоторые права защищены. Данная работа распространяется на условиях лицензии Creative Commons «С указанием авторства - На некоммерческих условиях - Распространение на тех же условиях» 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/>).

По условиям данной лицензии разрешается копирование, распространение и адаптация работы в некоммерческих целях при условии надлежащего цитирования в указанном ниже порядке. В случае какого-либо использования этой работы не должно подразумеваться, что ВОЗ, ОЭСР или Всемирный банк одобряют какую-либо организацию, товар или услугу. Использование эмблемы ВОЗ, ОЭСР или Всемирного банка не разрешается. Результат адаптации работы должен распространяться на условиях такой же или аналогичной лицензии Creative Commons и сопровождаться следующим предупреждением и библиографической ссылкой: «Настоящий документ является адаптацией оригинальной публикации ВОЗ, ОЭСР и Всемирного банка. Ответственность за взгляды и позицию, изложенные в данной адаптации, несут исключительно авторы публикации или авторы адаптации, но не ВОЗ, ОЭСР или какие-либо организации Всемирного банка». Переводы настоящей работы на другие языки должны сопровождаться следующим предупреждением и библиографической ссылкой: «Данный перевод не был выполнен Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), Организацией экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) или Международным банком реконструкции и развития / Всемирным банком. ВОЗ, ОЭСР и Всемирный банк не несут ответственность за его содержание или точность. Аутентичным и подлинным изданием является оригинальное издание на английском языке».

Урегулирование споров, возникающих в связи с лицензией, должно осуществляться в соответствии с правилами по урегулированию споров Всемирной организации интеллектуальной собственности (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules>).

Пример оформления библиографической ссылки для цитирования. Предоставление качественных услуг здравоохранения: обязательное условие всеобщего охвата услугами здравоохранения на мировом уровне [Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage]. Женева: Всемирная организация здравоохранения, Организация экономического сотрудничества и развития и Международный банк реконструкции и развития / Всемирный банк; 2019. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Данные каталогизации перед публикацией (CIP). Данные CIP доступны по ссылке: <http://apps.who.int/iris/>.

Приобретение, вопросы авторских прав и лицензирование. Для приобретения публикаций ВОЗ, перейдите по ссылке: <http://apps.who.int/bookorders>. Чтобы направить запрос для получения разрешения на коммерческое использование или задать вопрос об авторских правах и лицензировании, перейдите по ссылке: <http://www.who.int/about/licensing>.

Материалы третьих лиц. Если вы хотите использовать содержащиеся в данной работе материалы, правообладателем которых является третье лицо, вам надлежит самостоятельно выяснить, требуется ли для этого разрешение правообладателя, и, при необходимости, получить у него такое разрешение. Риски возникновения претензий вследствие нарушения авторских прав третьих лиц, материалы которых содержатся в настоящей работе, несет исключительно пользователь.

Фотографии ВОЗ. Фотографии ВОЗ защищены авторским правом и не подлежат воспроизведению ни на каком носителе без получения предварительного письменного разрешения ВОЗ. Запросы на получение разрешения на воспроизведение фотографий ВОЗ следует направлять в ВОЗ http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/

Оговорки общего характера. Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого-либо мнения ВОЗ, ОЭСР или Всемирного банка относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти, либо относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, в отношении которых пока еще может быть не достигнуто полное согласие.

Упоминание конкретных компаний или продукции некоторых изготовителей, патентованной или нет, не означает, что ВОЗ, ОЭСР или Всемирный банк поддерживают или рекомендуют их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

ВОЗ, ОЭСР и Всемирным банком были приняты все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. ВОЗ, ОЭСР и Всемирный банк ни в коем случае не несут ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов.

Решения, интерпретации и суждения, содержащиеся в данной публикации, не обязательно отражают взгляды ВОЗ, ОЭСР или Всемирного банка, его Совета исполнительных директоров или правительств, которые они представляют. Всемирный банк не гарантирует точности сведений, содержащихся в настоящей публикации.



Содержание

Предисловие	5
Благодарности	7
Сокращения	9
Резюме	11
Глава 1 Общая информация: стремление повышать качество услуг здравоохранения	15
1.1 Свидетельства низкого качества медицинской помощи во всех странах	16
1.2 Экономическое обоснование необходимости в повышении качества услуг	17
1.3 Качество как основополагающее условие всеобщего охвата услугами здравоохранения	18
1.4 Доступность качества во всех странах	20
Глава 2 О документе	23
2.1 Цели	24
2.2 Область применения	24
2.3 Содержание	24
Глава 3 Качество услуг здравоохранения в мире	27
3.1 Качество как обязательное условие всеобщего охвата услугами здравоохранения	28
3.2 Определение качества медико-санитарной помощи	31
3.3 Качество медико-санитарной помощи в мире	33
3.4 Заключение	39
Глава 4 Качество как одна из основ системы здравоохранения	43
4.1 Введение	44
4.2 Основы высококачественной помощи	44
4.3 Качество помощи как основа здравоохранения, ориентированного на нужды людей	53
4.4 Видение: системы здравоохранения, ориентированные на нужды людей	56
4.5 Заключение	58
Глава 5 Понимание мер по повышению качества	61
5.1 Введение	62
5.2 Реализация мер по улучшению качества в рамках государственной политики и стратегии	62
5.3 Мероприятия по повышению качества	66
5.4 Оценка и выбор мероприятий по повышению качества	70
5.5 Заключение	74
Глава 6 Призыв к действию для реализации улучшений в области качества	79
6.1 Устойчивое развитие, качество и дальнейшие действия	80
6.2 Призыв к действию	80
Библиография	83
Дополнение: Мероприятия по повышению качества	91

Содержание

Рисунки

Рисунок 3.1	Медианная смертность среди детей в возрасте до 5 лет в контексте различных факторов неравенства, 2005-2012 гг.....	28
Рисунок 3.2	Составляющие качества медико-санитарной помощи.....	31
Рисунок 3.3	Количество верных диагнозов, поставленных поставщиками для клинических сценариев в Кении (всего пять сценариев).....	34
Рисунок 3.4	Бремя заболеваний, вызванных нежелательными явлениями, 2015 г.....	35
Рисунок 3.5	Простые для понимания объяснений врачей (2013 или ближайший год).....	36
Рисунок 3.6	Среднее время ожидания эндопротезирования тазобедренного сустава.....	37
Рисунок 3.7	Качество организации и оказания услуг по охране здоровья матери и ребенка по уровню бедности в Кении.....	38
<hr/>		
Рисунок 4.1	Плотность и распределение квалифицированных медицинских кадров по регионам ВОЗ, 2005-2016 гг.....	45
Рисунок 4.2	Доступность основного оборудования в учреждениях здравоохранения в странах Африки, расположенных к югу от Сахары.....	47
Рисунок 4.3	Первичная помощь как координационный узел.....	57
Рисунок 4.4	Пять стратегий оказания услуг, ориентированных на нужды людей.....	58

Таблицы

Таблица 5.1	Примеры мероприятий по улучшению качества.....	72
Таблица 5.2	Меры по повышению качества: вовлечение ключевых сторон.....	74

Вставки

Вставка 3.1	Либерия: включение вопросов качества в программу здравоохранения после вспышки Эболы.....	30
<hr/>		
Вставка 4.1	Пример из практики: обучение и повышение квалификации специалистов в районах Филиппин, недостаточно обеспеченных услугами здравоохранения.....	46
Вставка 4.2	Пример из практики: проект по разработке системы показателей качества медицинской помощи ОЭСР.....	50
Вставка 4.3	Пример из практики: совершенствование системы регистрации актов гражданского состояния и демографической статистики в Уганде.....	51
Вставка 4.4	Пример из практики: неудовлетворенные потребности в медико-санитарной помощи при хронических заболеваниях.....	53
Вставка 4.5	Пример из практики: первичная помощь в Коста-Рике.....	54
Вставка 4.6	Пример из практики: проект Citizen Voice and Action в Уганде.....	55
Вставка 4.7	Основные действия: качество как одна из основ системы здравоохранения.....	59
<hr/>		
Вставка 5.1	Пример из практики: Эфиопия - государственная стратегия в области качества услуг здравоохранения на 2016-2020 годы.....	63
Вставка 5.2	Пример из практики: Судан - государственная политика и стратегия в области качества услуг здравоохранения.....	64
Вставка 5.3	Пример из практики: Мексика - государственная стратегия по укреплению качества работы организаций и услуг здравоохранения.....	66
Вставка 5.4	Пример из практики: Онтарио (Канада) - закон и стратегия «Первоклассная медицинская помощь для всех».....	70
Вставка 5.5	Ключевые направления деятельности: понимание мер по улучшению качества.....	75
<hr/>		
Вставка 6.1	Действия на высоком уровне для ключевых сторон, направленные на повышение качества медицинской помощи.....	81



Предисловие

Цели в области устойчивого развития (ЦУР) отражают готовность всех стран мира достигнуть всеобщего охвата услугами здравоохранения (ВОУЗ) к 2030 году. Это значит, что все люди и сообщества в любой точке мира должны иметь доступ к высококачественным услугам здравоохранения, в которых они нуждаются: укрепление здоровья, профилактика, лечение, реабилитация или паллиативная помощь, - не испытывая финансовых затруднений.

Обычно прогресс в достижении ВОУЗ измеряется фактическим охватом основными услугами здравоохранения и уровнем финансовой защиты (т.е. гарантии того, что заболевание не приведет к бедности). Но даже если страны мира достигнут охвата основными услугами здравоохранения и обеспечат финансовую защиту населения, результаты в отношении здоровья будут оставаться неудовлетворительными, если качество и безопасность услуг будут низкими. Качество услуг здравоохранения имеет важнейшее значение для ВОУЗ. Об этом говорится в данном докладе.

Согласно имеющимся данным, медико-санитарная помощь неудовлетворительного качества приводит к расходованию значительных ресурсов и причиняет вред здоровью населения, уничтожая человеческий капитал и снижая продуктивность. Качество помощи, особенно безопасность пациентов, важны для формирования доверия к услугам здравоохранения. Оно также является ключевым условием глобальной безопасности общественного здоровья, которая начинается с безопасности общественного здоровья на локальном уровне, что, в свою очередь, зависит от качества услуг, оказываемых на уровне непосредственного контакта с пациентом. Качественные услуги здравоохранения не только предотвращают страдания и помогают формировать более здоровое общество, но и укрепляют человеческий капитал и здоровье экономик.

Слишком часто качество понимается как роскошь, которую могут позволить себе только богатые страны. Это заблуждение. Для повышения качества услуг здравоохранения необходимы культура прозрачности, взаимодействия и открытости результатов, а это возможно в любом обществе независимо от уровня дохода. Во всем мире растет количество исследований эффективных и неэффективных методик, которые составляют богатую основу для проведения революции в области качества в кратчайшие сроки. Технологические инновации предлагают новые способы для скорейшего охвата высококачественными услугами здравоохранения при приемлемом уровне затрат.

В основе качества должна лежать ориентированность на людей. Люди и сообщества должны участвовать в разработке, предоставлении и постоянной оценке услуг здравоохранения, чтобы обеспечить их соответствие медико-санитарным потребностям местного населения, а не целям донорских организаций, коммерческим или политическим интересам или просто потому, что «так было всегда». Ориентированность на качество имеет важнейшее значение, но руководство системы здравоохранения также должно стремиться поощрять передовую практику, прозрачное взаимодействие и сотрудничество между структурными подразделениями организаций здравоохранения, а также с пациентами и гражданским обществом, включая группы пациентов, неправительственные организации и группы, представляющие сообщества.

Всеобщий охват услугами здравоохранения не мечта и не завтрашний день. Во многих странах он уже стал реальностью, но может остаться пустым обещанием без повышения качества услуг. В данном докладе приводятся сильные технические и политические доводы в пользу инвестиций в повышение качества услуг здравоохранения. В результате мы все получим более здоровый, безопасный и справедливый мир.



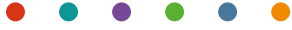
Tedros Adhanom Ghebreyesus
Генеральный директор
Всемирная организация
здравоохранения



Jim Yong Kim
Президент
Группа Всемирного
банка



Angel Gurría
Генеральный
секретарь
ОЭСР



Благодарности

Настоящий документ подготовлен совместно Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), Организацией экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) и Всемирным банком под общим руководством Marie-Paule Kieny, бывшего Помощника Генерального директора, Кластер систем здравоохранения и инноваций, ВОЗ; Timothy Evans, старшего директора Глобальной практики по вопросам здравоохранения, питания и населения, Группа Всемирного банка; и Stefano Scarpetta, директора по вопросам занятости, трудовых и социальных вопросов, ОЭСР. Авторы доклада - Edward Kelley (ВОЗ), Niek Klazinga (ОЭСР), Ian Forde (ОЭСР), Jeremy Veillard (Всемирный банк), Sheila Leatherman (Gillings School of Global Public Health, University of North Carolina), Shamsuzzoha Syed (ВОЗ), Sun Mean Kim (ВОЗ), Sepideh Bagheri Nejad (ВОЗ) и Sir Liam Donaldson (Посланник ВОЗ по вопросам безопасности пациентов). Разработку документа координировала Sepideh Bagheri Nejad.

Авторы выражают благодарность коллегам из Нидерландского национального института общественного здоровья и окружающей среды (RIVM) Michael van den Berg и Wilco Graafmans за вклад в разработку общей концептуальной основы и содержания документа, Stefano Scarpetta, Mark Pearson, Francesca Colombo, Caroline Berchet и Luke Slawomirski из ОЭСР - за участие в составлении текста, а также Sagar Dugani и Adanna Deborah Ugochi Chukwuma из Всемирного банка - за помощь в рецензировании на заключительном этапе.

Значительный вклад при подготовке документа внесен Консультативным комитетом в составе: Sir Liam Donaldson (председатель), Clifford Hughes, Tawfi Khoja, Jan Mainz, Rashad Massoud, Robin Osborn, Enrique Ruelas, Paul Shekelle, Anuwat Supachutikul и Nana Amma Twum-Danso.

Примеры из практики стран подготовлены: Daniel Burssa и Eyub Gebretsadik (Эфиопия); Sebastian García Saiso, Paulina Pacheco Estrello и Enrique Ruelas (Мексика); Elmuez Eltayeb (Судан); и Michelle Rossi, Joshua Tepper и Adalsteinn Brown (Онтарио, Канада).

Дополнение, посвященное мероприятиям по повышению качества, составлено Sheila Leatherman (Gillings School of Global Public Health, University of North Carolina); Liana Rosenkrantz Woskie, Anthony Moccia, Ruma Rajbhandari и Kim Reimold (Harvard Initiative on Global Health Quality, Harvard Global Health Institute).

Также выражаем признательность Gheorghe Sorin Vanica и Laura Pearson за административную поддержку и Gary Humphreys за составление первого проекта документа.

Мы также хотели бы поблагодарить следующих рецензентов: Donald Berwick, Helen Haskell, Margaret Kruk и Ephrem Lemango.

Наконец, мы выражаем признательность многим другим сотрудникам трех организаций-партнеров, которые приняли участие в работе над настоящим документом. Без их активного участия, поддержки и опыта данная публикация была бы невозможна:

Yetmgeta Abdella, Najeeb Al Shorbaji, Benedetta Allegranzi, Broog Alsadhan, Shannon Barkley, Marie-Charlotte Bouesseau, James Campbell, Meena Cherian, Mickey Chopra, Krycia Cowling, Jishnu Das, Neelam Dhingra-Kumar, Joan Dzenowagis, Peter Engelfriet, Linda Freiheit, Ruben Frescas, Michele Gagnolati, Michelle Karen Funk, Javier Gomez Batiste-Alentorn, Joyce Hightower, Maki Kajiwara, Rania Kawar, Michael George Kay, Claire Kilpatrick, Ramesh Krishnamurthy, Angela Lashoher, Agnès Leotsakos, Manon Lette, Akiko

Благодарности

Maeda, Nicola Magrini, Elizabeth Mason, Kellie McGee, Nana Mensah Abrampah, Hernan Montenegro Von Mühlenbrock, Margaret Murphy, Jillian Oderkirk, Shanti Pal, Felicity Pocklington, Nittita Prasopa-Plaizier, Paul Peter Schneider, Emma Scholar, Maria Cecilia Sepulveda Bermedo, Maria Angelica Sousa, Julie Storr, Nuria Toro Polanco, Andreas Ullrich, Krisantha Weerasuriya, Erica Wheeler, Tana Wuliji, Mohammad Taghi Yasamy, Junping Yu, Hongwen Zhao и Hao Zheng.



Сокращения

CAIS	центры интегрированной медико-санитарной помощи (centros de atención integral en salud)
DALY	годы жизни, утраченные в результате инвалидности
EBAIS	команды интегрированной медико-санитарной помощи (equipos básicos de atención integral de salud)
EuroHOPE	Результативность, Производительность и Эффективность Европейского Здравоохранения (проект)
P4P	система оплаты по результатам работы
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ОТЗ	оценка технологий здравоохранения
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития
ПКР	поддержка клинических решений
ЦРТ	Цель развития тысячелетия
ЦУР	Цель в области устойчивого развития
ЮНИСЕФ	Детский фонд ООН
ЮСАИД	Агентство США по международному развитию



Резюме

В настоящем документе – «Предоставление качественных услуг здравоохранения: обязательное условие всеобщего охвата услугами здравоохранения на мировом уровне» – говорится о важной роли качества в предоставлении услуг здравоохранения. Государства мира выразили готовность обеспечить всеобщий охват услугами здравоохранения к 2030 году, и в этой связи растет понимание, что достигнуть оптимального уровня медико-санитарной помощи невозможно только за счет создания комплекса необходимой инфраструктуры, поставок медицинского оборудования и лекарственных средств и поставщиков медико-санитарной помощи. Улучшения в процессах оказания медико-санитарной помощи требуют прямого и активного внимания к качеству услуг здравоохранения, что подразумевает оказание эффективной, безопасной медико-санитарной помощи, ориентированной на нужды людей, своевременным, справедливым, интегрированным и рациональным образом. Качество медико-санитарной помощи определяется степенью, в которой услуги здравоохранения для отдельных лиц и населения повышают вероятность достижения желаемых результатов в отношении здоровья и отражают существующие профессиональные знания.

Данные показывают, что качество медико-санитарной помощи в большинстве стран, в частности в странах с низким и средним уровнем дохода, не достигает оптимального уровня, и это подтверждается следующими примерами.

- Показатель соблюдения руководств по клинической практике в восьми странах с низким и средним уровнем дохода составил в ряде случаев менее 50%, что обуславливает низкое качество дородовой помощи и помощи детям, а также неэффективность работы по планированию семьи.
- В результате исследований, проведенных в рамках Инициативы «Индикаторы качества предоставления услуг» в семи странах с низким и средним уровнем дохода, выявлены существенные расхождения в показателях отсутствия поставщиков на рабочем месте (14,3–44,3%), ежедневной продуктивности (5,2–17,4 пациентов), точности диагноза (34–72,2%) и соблюдения руководств по клинической практике (22–43,8%).
- Систематический обзор 80 исследований показал, что низкое качество клинической практики характерно как для частных, так и для государственных учреждений первичной медико-санитарной помощи в ряде стран с низким и средним уровнем дохода.
- Данные Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) по странам высоким и средним уровнем дохода показывают, что 19–53% женщин в возрасте 50–69 лет не проходили скрининговые маммографические обследования и 27–73% пожилых (в возрасте от 65 лет) не получали вакцинацию против гриппа.

УЛУЧШЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ ЧЕРЕЗ ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА

Высококачественная медико-санитарная помощь – это правильная помощь, оказываемая в нужное время координированным образом, отвечающая потребностям и предпочтениям пользователей услуг и обеспечивающая сведение к минимуму вреда и неэффективного расходования ресурсов. Качественная медико-санитарная помощь повышает вероятность достижения желаемых результатов в отношении здоровья населения и соответствует семи измеримым характеристикам помощи: эффективность, безопасность, ориентированность на людей, своевременность, справедливость, интегрированность и рациональность. Так,

в Пакистане повышение доступности медико-санитарной помощи на уровне первого контакта благодаря реализации Программы Lady Health Worker способствовало улучшению показателей лечения пневмонии и снижению неонатальной смертности.

КАЧЕСТВО КАК ОДНА ИЗ ОСНОВ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Пять важнейших составляющих качественной медико-санитарной помощи – это медицинские кадры, организации здравоохранения, лекарства, устройства и другие технологии, информационные системы и финансирование. Чтобы качество стало одной из основ системы здравоохранения, государства, лица, формирующие политику, руководство систем здравоохранения, пациенты и врачи должны стремиться общими усилиями:

- обеспечивать высокую квалификацию медицинских кадров;
- обеспечивать передовое качество во всех учреждениях здравоохранения;
- обеспечивать безопасное и эффективное использование лекарств, устройств и других технологий;
- обеспечивать эффективное использование систем информации здравоохранения;
- разрабатывать финансовые механизмы, поддерживающие постоянное повышение качества.

МЕРЫ ПО ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Качество – это сложное, многогранное понятие. Для его улучшения необходимо разрабатывать и применять комплекс определенных мер. Приоритетность разработки, совершенствования и реализации государственной политики и стратегии в области качества растет по мере того, как страны систематически проводят мероприятия по улучшению работы своих систем здравоохранения. Большинство подходов к разработке национальной стратегии в области качества включают один или несколько из следующих процессов:

- политика в области качества и стратегия реализации как часть официального государственного плана по развитию сектора здравоохранения;
- отдельный документ, регламентирующий политику в области качества, обычно разрабатываемый в рамках многостороннего процесса под руководством или при поддержке министерства здравоохранения;
- государственная стратегия по реализации мероприятий в области качества с подробным планом действий, которая также включает раздел по важнейшим направлениям политики;
- принятие соответствующих законов и регулирующих норм с целью поддержки политики и стратегии.

Можно выделить семь направлений работы, которые в стандартном порядке рассматриваются заинтересованными в повышении качества сторонами – поставщиками медицинских услуг, руководством, лицами, формирующими политику, в рамках мероприятий по повышению качества системы здравоохранения:

- изменение клинической практики на уровне работы с пациентами;
- разработка стандартов;
- вовлечение пациентов, их семей и сообществ и предоставление им необходимых полномочий;
- информирование и обучение медицинских работников, руководства учреждений здравоохранения и лиц, формирующих политику;
- реализация программ и методов непрерывного повышения качества;
- создание стимулов (материальных и нематериальных) на основе показателей работы;
- законодательство и регулирование.

Выбор государствами комплекса мероприятий по повышению качества должен основываться на тщательном анализе доказательных результатов подобных мероприятий по таким показателям, как системная среда, снижение вреда, улучшения в клинической помощи, а также вовлечение пациентов, их семей и сообществ и предоставление им необходимых полномочий.

РАСПРОСТРАНЕНИЕ ВЫВОДОВ В ЦЕЛЯХ МАСШТАБИРОВАНИЯ УСПЕШНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

Многие государства разрабатывают инновации в целях улучшения различных аспектов качества медико-санитарной помощи. Как показано в настоящем документе, многие страны с низким и средним уровнем дохода выработали успешные мероприятия, но нуждаются в глобальной платформе для обмена знаниями. Это позволит государствам изучать примеры успешных мероприятий и адаптировать их к местному контексту, а также не тратить усилия на заведомо неэффективные проекты.

Повышение качества услуг здравоохранения – сложная задача для всех государств. Однако предоставление людям качественной помощи в любой точке мира остается важнейшей общей обязанностью и возможностью улучшить здоровье людей во всем мире. Уделяя особое внимание вопросам качества, государства смогут достигнуть значительного прогресса в достижении Целей устойчивого развития и обеспечении всеобщего охвата услугами здравоохранения.

ПРИЗЫВ К ДЕЙСТВИЮ

Настоящий документ, с позиции трех международных организаций, занимающихся вопросами здравоохранения: ОЭСР, Всемирного банка и ВОЗ, – предлагает план действий для формирования политики в области здравоохранения, нацеленной на обеспечение для всего населения доступа к высококачественным медицинским услугам, ориентированным на людей.

В данном документе содержится призыв к действиям на высоком уровне для всех ключевых сторон, которые должны безотлагательно начать совместную работу по реализации Целей устойчивого развития для повышения качества и безопасности медицинской помощи.

Все государства должны:

- иметь государственную политику и стратегию в области качества;
- демонстрировать ответственность за предоставление безопасных и высококачественных медицинских услуг;
- обеспечить, чтобы в результате реформ, направленных на реализацию задачи по всеобщему охвату услугами здравоохранения, понятие качества стало одной из основ системы здравоохранения;
- обеспечить, чтобы системы здравоохранения имели информационную инфраструктуру и информационные технологии, способные оценивать и формировать отчетность по качеству медико-санитарной помощи;
- устранить расхождения между фактическими и достижимыми показателями качества;
- укреплять сотрудничество между поставщиками и потребителями медицинских услуг, способствующее повышению качества медико-санитарной помощи;
- создать и поддерживать высокий уровень профессионализма медицинских работников, способных удовлетворять потребность населения в высококачественных медицинских услугах;
- осуществлять закупки, финансирование и договорную деятельность в соответствии с принципом практической ценности;
- осуществлять исследования по повышению качества финансирования.

Все системы здравоохранения должны:

- осуществлять мероприятия с доказанной эффективностью, которые демонстрируют улучшение качества;
- анализировать работу других аналогичных систем, которые показывают высокий уровень эффективности;
- обеспечить, чтобы все люди с хроническими заболеваниями имели возможности для уменьшения влияния болезни на качество их жизни;
- выступать за внедрение организационной культуры и методов работы, которые позволяют уменьшать вред для пациентов;
- создавать устойчивые условия для профилактики, обнаружения и реагирования на угрозы безопасности здоровья, уделяя приоритетное внимание вопросам качества;
- создать необходимую инфраструктуру для обучения и изучения опыта;
- обеспечить техническую поддержку и управление информационными базами для повышения качества.

Все граждане и пациенты должны:

- иметь возможности и полномочия для активного участия в процессе получения медико-санитарных услуг, чтобы добиваться оптимального состояния своего здоровья;
- играть ведущую роль в разработке новых моделей медико-санитарной помощи, которые удовлетворяли бы потребности местного сообщества;
- знать, что они имеют право на доступ к медико-санитарным услугам, которые соответствуют реально достижимым современным стандартам качества;
- получать поддержку, информацию и навыки, необходимые для контроля их здоровья в долгосрочной перспективе.

Все медицинские работники должны:

- принимать участие в мероприятиях по оценке и повышению качества совместно с пациентами;
- придерживаться командного принципа в работе;
- воспринимать пациентов как партнеров в рамках процесса предоставления услуг;
- принимать обязательства по предоставлению и использованию информации, чтобы подтвердить эффективность и безопасность медико-санитарной помощи.

Ни одна сторона в одиночку не сможет осуществить эти изменения. Видимых результатов в улучшении качества медицинских услуг во всем мире можно добиться за счет совместной работы, когда стороны будут выполнять свою часть рекомендаций по улучшению качества.

Глава

1



**Общая информация:
стремление повышать
качество услуг
здравоохранения**

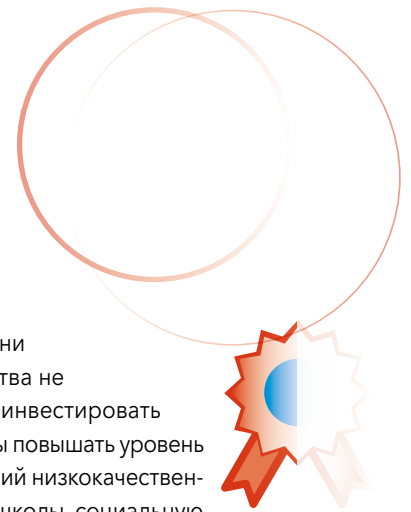


Всеобщий охват услугами здравоохранения – важная и благородная цель. Как одна из Целей в области устойчивого развития всеобщий охват услугами здравоохранения предполагает обеспечение безопасности общественного здоровья и всеобщего доступа к основным услугам медико-санитарной помощи без создания финансовых трудностей для отдельных лиц, семей и сообществ и, посредством этого, переход к более продуктивным и справедливым обществам и экономикам.

Однако нельзя обсуждать и планировать развитие всеобщего охвата услугами здравоохранения, не говоря уже о его внедрении, в отрыве от обсуждения вопросов качества. Очень важно, чтобы медико-санитарная помощь была эффективной и безопасной и соответствовала приоритетам и потребностям людей и сообществ, которым она предоставляется. При этом оказание помощи должно быть своевременным и справедливым для разных групп населения. Кроме того, должны быть обеспечены координация помощи на протяжении всего процесса ее оказания и жизненного цикла и максимально эффективное использование ресурсов.

Таким образом, качество услуг здравоохранения является одним из основополагающих условий всеобщего охвата услугами здравоохранения. Есть ли смысл в расширении доступа к медико-санитарной помощи в отсутствие ее качества? Доступ к помощи без гарантии качества можно считать пустым обещанием всеобщего охвата услугами здравоохранения.

Качество не является прерогативой стран с высоким уровнем дохода. Если страны могут позволить себе оказывать медико-санитарную помощь, а такая возможность должна быть даже у беднейших стран, они должны оказывать помощь высокого качества. Помощь низкого качества не только вредна, но и расходует драгоценные ресурсы, которые можно инвестировать в другие важные направления социально-экономического развития, чтобы повышать уровень жизни граждан. Миллиарды долларов тратятся на устранение последствий низкокачественной медицинской помощи – деньги, на которые можно финансировать школы, социальную сферу и инфраструктуру. Кроме того, если люди получают помощь низкого качества, они утрачивают веру в преимущества современной медицины. В этом контексте всеобщий охват услугами здравоохранения в отсутствие качественной помощи – только половина решения.



1.1 СВИДЕТЕЛЬСТВА НИЗКОГО КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВО ВСЕХ СТРАНАХ

В некоторых направлениях работы по повышению качества санитарно-медицинской помощи в мире достигнут значительный прогресс: в частности, в повышении показателя выживаемости при раке и снижении смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (1, 2). Однако в других направлениях прогресс был медленным и неравномерным. Цифры говорят сами за себя.

- В странах с высоким уровнем дохода для 1 из 10 пациентов лечение имеет отрицательные последствия (3).
- В странах с высоким уровнем дохода 7 из 100 госпитализированных пациентов могут приобрести больничные инфекции (в развивающихся странах – 1 из 10), которых можно легко избежать, если улучшить санитарно-гигиенические условия и рационально использовать противомикробные препараты (4).
- Сохраняются безосновательные расхождения в процессах оказания медико-санитарной помощи, и значительная часть пациентов не получает надлежащей помощи в соответствии с принципами доказательности (5, 6).
- Уровень вакцинации против гриппа в странах с высоким уровнем дохода варьируется от 1% до 78%, несмотря на установленный Всемирной ассамблеей здравоохранения в 2003 году целевой показатель 75% к 2010 году (7).

- Значительной проблемой мирового общественного здравоохранения стала устойчивость к противомикробным препаратам, в частности их неправильное или избыточное использование в здравоохранении (8).
- На мировом уровне ежегодные издержки, связанные с ошибками в назначении или приеме лекарственных препаратов, оцениваются в 42 млрд долл. США, не считая потерь в заработной плате, упущенных доходов в связи с отсутствием улучшений в продуктивности, а также затрат системы здравоохранения (9).
- Несмотря на то, что процент родов, в которых женщины получают квалифицированную акушерскую помощь, вырос с 58% в 1990 до 73% в 2013 году, главным образом благодаря увеличению количества родов в родильных домах, по-прежнему множество женщин и детей умирают или приобретают формы инвалидности, сохраняющиеся в течение всей жизни, даже если роды проходили в условиях медицинского учреждения. По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежегодно при родах или в короткий период после рождения ребенка умирают 303 000 матерей и 2,7 млн новорожденных; еще больше женщин и детей приобретают предотвратимые заболевания. Кроме того, ежегодно регистрируется 2,6 млн случаев мертворождения (10, 11).
- Почти 40% организаций здравоохранения в странах с низким и средним уровнем дохода не умеют доступа к улучшенным системам водоснабжения, а почти в 20% из них отсутствует доступ к канализации, т.е. проблемы, связанные с обеспечением качества медико-санитарной помощи, очевидны (12).
- Сравнительные оценки распространенности процессов диагностики и контроля случаев артериальной гипертензии в отдельных странах за пределами ОЭСР подтверждают необходимость качественной профилактики. В большинстве стран как минимум у половины взрослых пациентов, страдающих повышенным артериальным давлением, данное состояние не диагностировано. Таким образом, охват лечением больных артериальной гипертензией остается низким - от 7% до 61% пациентов, отмеченных в обследованиях домохозяйств. При этом фактический охват терапией еще ниже - от 1% до 31%, что также относится к вопросам обеспечения качества (13).

1.2 ЭКОНОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ НЕОБХОДИМОСТИ В ПОВЫШЕНИИ КАЧЕСТВА УСЛУГ

Помимо последствий для жизни людей, низкое качество медицинской помощи ведет к бесполезной трате времени и денег. Повышение качества медико-санитарной помощи как неотъемлемая задача всеобщего охвата услугами здравоохранения - это вопрос продления и повышения качества жизни и экономическая необходимость. Страны на любом уровне экономического развития имеют возможность повышать качество медико-санитарной помощи. Наоборот, *отсутствие* качества создает неоправданные издержки, особенно для беднейших стран.

Низкое качество услуг здравоохранения не только усугубляет глобальное бремя болезней и способствует росту неудовлетворенных потребностей в области здравоохранения, но и приводит к существенным экономическим последствиям, в т.ч. значительному росту издержек для систем здравоохранения и сообществ во всем мире. Порядка 15% расходов стационаров в странах с высоким уровнем дохода приходится на устранение предотвратимых осложнений, возникших вследствие оказания медицинской помощи, и причиненного пациентам вреда. Низкое качество медицинской помощи непропорционально отражается на наиболее уязвимых группах населения; при этом экономические и социальные убытки вследствие причинения пациентам вреда (длительная инвалидность, нетрудоспособность и снижение производительности труда) ежегодно достигают триллионов долларов (14).

Кроме того, дублирование услуг, неэффективность помощи и распространенность случаев предотвратимой госпитализации, характерные для многих систем здравоохранения,

приводят к неэффективному расходованию значительного объема ресурсов. До 20% используемых ресурсов здравоохранения генерируют крайне незначительные улучшения в качестве медицинских услуг. Эти дефицитные ресурсы можно использовать гораздо эффективнее (3).

1.3 КАЧЕСТВО КАК ОСНОВОПОЛАГАЮЩЕЕ УСЛОВИЕ ВСЕОБЩЕГО ОХВАТА УСЛУГАМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Качество не формируется само собой, а требует планирования и должно быть четко определенным приоритетом в работе по обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения, наравне с обеспечением доступа, охвата и финансовой защиты. В настоящем документе показано, что встроить систему качества в систему здравоохранения возможно при условии выполнения ряда шагов и соблюдения следующих принципов: прозрачность, ориентированность на людей, оценка и генерирование информации и инвестиции в развитие кадров, - подкрепленных участием руководства систем здравоохранения и соответствующей организационной культурой. При наличии этих основополагающих условий, можно внедрить проверенные способы обеспечения качества, такие как гигиена рук, протоколы лечения, контрольные перечни, обучение, отчетность и обратная связь, и обеспечить их стабильное применение на практике.

Прозрачность как важнейшее требование. Это главное условие постоянного обучения и совершенствования. Важнейший вывод, сделанный по результатам 15 обзоров качества в национальных системах здравоохранения, которые были проведены ОЭСР в период с 2012 по 2016 годы, - необходимость в повышении прозрачности данных о таких показателях эффективности, как качество и результаты оказания медико-санитарной помощи (15). Одна из основных составляющих прозрачности - открытое и честное отражение результатов, в т.ч. упущений и ошибок. В таком случае они становятся возможностью для изучения и анализа опыта, как это делается в других отраслях, включая воздушные сообщения. Успешные результаты необходимо фиксировать, в т.ч. распространять информацию о них, по тем же причинам. На создание культуры прозрачности может потребоваться время, но она может и должна быть внедрена во все системы здравоохранения независимо от наличия тех или иных ресурсов.

Вовлечение людей и сообществ в процесс оказания им медицинской помощи и планирование услуг здравоохранения в настоящее время считается одним из основных факторов, способствующих улучшению результативности такой помощи. Люди и сообщества, в которых они рождаются, воспитываются, живут и работают, - важнейшая составляющая процесса предоставления качественных услуг здравоохранения. Люди, которые активно участвуют в собственном здоровье и оказании им медицинской помощи, реже сталкиваются с осложнениями, более здоровы и благополучны. На клиническом уровне это означает предоставление пациентам возможности участвовать в оказании им медицинской помощи и в принятии клинических решений на правах партнеров, а также активно заниматься своим здоровьем. Ориентированность на людей - «ключ к повышению качества во всех направлениях» (16). Приведенные в настоящем документе примеры успешной практики подтверждают, что потребности и ценности пациентов должны быть в центре внимания систем здравоохранения. Это предполагает сочувствие и уважение к пациенту при оказании ему помощи.

Однако ориентированность на людей необходима не только при оказании помощи отдельным лицам. Пациенты и другие лица должны быть вовлечены в процесс определения приоритетов и формирование политики. При этом наиболее важные уровни участия - первичная помощь и помощь на уровне сообществ. Данные виды услуг необходимо разрабатывать с участием сообществ, которым они оказываются, в т.ч. с учетом их уникальных нужд и предпочтений, о чем говорится в Главе 4 настоящего документа.



Для повышения качества требуется **оценка и генерирование информации**. Здравоохранение постоянно меняется, в связи с чем необходим постоянный мониторинг и оценка качества, которые будут способствовать реализации улучшений. Для этого требуется точная и актуальная информация. Банковский сектор 13% доходов направляет на развитие информационных систем. Сектор здравоохранения инвестирует менее 5%, что ничтожно мало для сферы, в которой информация играет такую большую роль. В случаях, когда данные, генерируемые системами здравоохранения, имеются, они слишком часто ориентированы на исходные ресурсы и объемы деятельности. Чтобы качество стало обычной составляющей системы здравоохранения, это нужно изменить. В локальную и национальную инфраструктуру информации о здравоохранении должны быть включены надежные показатели качества, и это важнее, чем оценка исходных ресурсов. В соответствии с принципом прозрачности, информация должна быть доступна всем соответствующим сторонам, в т.ч. пациентам, поставщикам, регулирующим органам, потребителям и лицам, формирующим политику.

Необходима оценка всех аспектов качества. Важно знать о соблюдении основных протоколов, качестве процессов и маршрутов пациентов, например: гигиена рук, контрольные перечни мер по обеспечению хирургической безопасности, соблюдение руководств по клинической практике, клинические результаты (повторные госпитализации, смертность, побочные реакции на лекарства, выживаемость при раке, надлежащий контроль гликемии во время беременности). Но также необходимо генерировать знания о результатах и опыте получения помощи, которые были положительно оценены пациентами, посредством оценки индикаторов качества, собираемых на основе информации, полученной от пациентов и сообществ (17). Все это необходимо делать с четким фокусом на взаимосвязь между оценкой и совершенствованием, поскольку только оценка сама по себе не будет способствовать повышению качества.

Особое значение имеет наличие **квалифицированных мотивированных медицинских кадров, располагающих необходимой поддержкой**. Поставщики услуг здравоохранения хотят оказывать пациентам максимально эффективную медицинскую помощь. Однако часто выполнение этой задачи затруднено системами и условиями их работы. Многие страны сталкиваются с серьезной нехваткой медицинских кадров, а также их низкой квалификацией. Разумеется, не все виды помощи должны оказывать врачи. В 21-м веке важную роль в оказании высококачественной медико-санитарной помощи играют медсестры, другие медицинские работники, в т.ч. на уровне сообществ, координаторы и менеджеры медицинской помощи. Если повышать их квалификацию на всех уровнях системы здравоохранения, можно добиться высокого качества медицинского обслуживания (18).

Для оказания высококачественной медицинской помощи необходимо, чтобы технические знания дополнялись умением взаимодействовать и работать в команде с другими специалистами, а также сотрудничать с пациентами и ухаживающими за ними лицами. Также нужны кадры, обученные принципам и практике постоянного повышения качества, и понимание «скрытых задач обучения», которые вытекают из вероятности ошибок в системах, разработанных человеком. Качество также отражает эффективность организации деятельности и ее интеграции с другими секторами с учетом характерных моделей поведения, взаимодействия и взаимоотношений между людьми. Это, в свою очередь, зависит от имеющихся стимулов, в т.ч. финансирования и вознаграждения, регулирования, отчетности и обратной связи, которые должны быть тщательно встроены во все процессы и институты. В конечном итоге система создает условия для развития высококачественной практики и внедрения улучшений.

Все вышеперечисленное возможно только при надлежащем **руководстве и соответствующей культуре**. Исследования показывают, что активная культура, в которой все стороны



мотивированы сотрудничать, взаимодействовать и работать со своими сообществами, чтобы оказывать высококачественную медико-санитарную помощь, ориентированную на людей, без страха или опасений, приносит более существенные результаты (19). Множество факторов имеют значение, в т.ч. культура постоянного повышения качества. В первую очередь, как говорилось выше, должна быть создана прозрачная среда. Также большое значение имеют обучение и социализация работников, меры по внедрению улучшений, обратная связь о результатах деятельности и совместное обучение, а также факторы более высокого уровня, такие как финансовые стимулы. Но главной составляющей является последовательное руководство со стороны государственных органов, лиц, формирующих политику, руководителей клинических институтов, системы здравоохранения, а также гражданского общества. Для этого требуется не множество ресурсов, но инвестиции в изменение культуры в сторону прозрачности в целях дальнейшего повышения качества.

Эти основные условия составляют фундамент политики и практики по постоянному повышению качества медико-санитарной помощи. Однако ответственность за качество должны нести все заинтересованные стороны и институты. Данная работа должна строиться на основе четких стратегических указаний на национальном уровне, с четко определенными целями и задачами, при активном участии заинтересованных сторон в разрезе всей системы здравоохранения, а также из других секторов.

1.4 ДОСТУПНОСТЬ КАЧЕСТВА ВО ВСЕХ СТРАНАХ

Достижение высокого качества здравоохранения для всех может казаться амбициозной задачей, однако она выполнима в любых условиях при наличии надлежащего руководства, четкого планирования и «умных» инвестиций. Так, например, в Уганде вовлечение граждан и сообществ в разработку услуг медико-санитарной помощи способствовало улучшению ряда индикаторов, включая снижение детской смертности на 33% (20). В Коста-Рике благодаря тщательно спланированной стратегии повышения качества и выделению необходимых ресурсов достигнуты значительные улучшения в качестве первичной помощи (21). Эти и другие примеры приводятся далее в тексте настоящего документа.

Для стран с низким и средним уровнем дохода повышение качества медико-санитарных услуг одновременно с работой по обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения открывает большие возможности. Система здравоохранения в развитии может быть нужным образом скорректирована. Требования к качеству могут быть включены в политику, процессы и институты по мере роста и развития системы.

Системам здравоохранения в странах с высоким уровнем дохода очень важно учиться на опыте – как на успехах, так и (особенно) на ошибках. Внедрять системы качества в сложившиеся системы здравоохранения задним числом, безусловно, возможно, но трудно. Гораздо проще развивать системы качества с самого начала, одновременно с процессами обеспечения доступа, охвата и финансовой защиты.

Очевидно, что создать систему качества медико-санитарной помощи невозможно без определенных вложений капитала и других ресурсов. Однако даже беднейшие страны могут позволить себе такие инвестиции. Ущерб от оказания медико-санитарной помощи низкого качества для жизни людей, систем здравоохранения и общества огромен. При разумном использовании инвестиции в повышение качества будут способствовать укреплению здоровья отдельных лиц и населения и повышению эффективности расходов; доходность инвестиций в обеспечение высококачественной медико-санитарной помощи с большой вероятностью перевесит затраты. Повышение результативности медицинской помощи также будет способствовать экономическому и социальному развитию. В частности, более здоровое взрослое население продуктивнее в работе, а более здоровые дети лучше учатся в школе. Таким образом, стремление к всеобщему охвату качественной медико-санитарной помощью – это не только инвестиция в укрепление здоровья, но и готовность строить более здоровое общество и более здоровый мир.

Мое качество

Ms Cecilia Rodriguez, исполнительный директор фонда Me Muevo

Восемь лет назад у Cecilia Rodriguez диагностировали ревматоидный артрит – аутоиммунное заболевание, которое вызывает воспаление и острую боль в суставах. Тогда Rodriguez была директором учреждения первичной медико-санитарной помощи. «У меня был очень тяжелый ревматоидный артрит, и я много времени проводила в постели, – говорит Rodriguez, которая впервые столкнулась с болевым синдромом после тридцати лет. – Я поняла, что то, чего я пыталась добиться как администратор организации здравоохранения, сильно отличалось от того, что было нужно мне как пациенту».

Ревматоидный артрит может возникнуть в любом возрасте. Точные причины заболевания неизвестны, но не исключается влияние генетических и экологических факторов. От ревматоидного артрита страдает до 1% мирового населения.¹ В Чили, где живет Rodriguez, данным хроническим заболеванием страдает 100 000 человек.

Для людей с хроническими состояниями качественная медико-санитарная помощь – это «выверенный баланс между передовой клинической практикой и тем, что лучше всего помогает пациенту. При этом выбор должен быть сделан совместно с пациентом, – объясняет Rodriguez. – Нам не всегда нужны врачи, у которых есть ответы на все вопросы. Нам нужны люди, которые понимают, как мы справляемся со своим состоянием».


Самое главное, считает она, – это чтобы пациенты, страдающие от хронических состояний, которые очень сильно отражаются на их повседневной жизни, чувствовали, что они контролируют свое лечение. «Как пациент я знаю, чего хочу добиться. Врачи могут помочь мне понять, возможно ли это, а также помочь в достижении желаемого результата. Для меня это медицинская помощь самого высокого качества».

Cecilia Rodriguez и ее сестра Lorena, у которой тоже диагностировали ревматоидный артрит несколькими годами раньше, создали некоммерческую организацию, поддерживающую больных этим заболеванием и занимающуюся внедрением улучшений в процессы медицинской помощи. «Мы назвали свою НПО Me Muevo (“Я двигаюсь”), потому что узнали, что с этим состоянием нужно постоянно двигаться, а еще потому, что “я двигаюсь” значит “я действую”», – говорит она.

Me Muevo – одна из множества организаций, созданных пациентами в Чили. Rodriguez была представителем альянса ассоциаций, который



1. www.rheumatoidarthritis.org.



успешно лоббировал снижение цен на рецептурные препараты. В 2016 году в Чили был принят Закон Ricarte Soto о дорогостоящем лечении. «Сейчас я плачу всего 200 долларов США в год за все нужные мне лекарства, а раньше платила 1500 долларов в месяц, - говорит Rodriguez. - Системы здравоохранения чаще ориентированы на лечение острых состояний и редко организованы таким образом, чтобы помогать пациентам, страдающим от хронических заболеваний, преодолевать трудности повседневной жизни».

Она приводит в пример сестру, которая работает и при этом вынуждена ездить в три разных места - что занимает у нее не менее пяти часов, - чтобы забрать рецептурные препараты, которые ей выписывают ежемесячно. «В данном случае качественная медицинская помощь будет заключаться в том, чтобы она могла забрать все нужные ей лекарства в учреждении первичной медико-санитарной помощи рядом с домом в субботу утром», - объясняет она. Rodriguez также работает над тем, чтобы пациенты могли вносить записи в свои медицинские карты в периоды между посещениями врачей, чтобы последние могли корректировать лечение. «Если бы я могла записать, что у меня было обострение и как я с ним справлялась, то через три-четыре месяца, когда я снова буду на приеме у доктора, у него уже будет вся нужная информация», - говорит она.

Rodriguez посетила в США курс по самопомощи при хронических заболеваниях, благодаря которому научилась лучше справляться с последствиями своей болезни. После этого ее организация работала над внедрением аналогичной программы для пациентов в Чили. «Инвестиции в программы самопомощи могут способствовать снижению общих издержек. Именно поэтому мы внедряем эту программу в Чили», - поясняет она. В прошлом году обучение по программе в рамках государственной системы прошло 700 человек.



Глава 2 О документе



Учитывая значительные расхождения в понимании, оценке и внедрении улучшений в системы качества служб здравоохранения в мировой практике, ВОЗ, ОЭСР и Всемирный банк совместно разработали настоящий документ - «Предоставление качественных услуг здравоохранения: обязательное условие всеобщего охвата услугами здравоохранения на мировом уровне».

2.1 ЦЕЛИ

Данный документ разработан в следующих целях:

- сформулировать для правительств, что значит качество услуг здравоохранения и почему оно важно для достижения широких целей в области общественного здоровья в контексте всеобщего охвата услугами здравоохранения;
- предоставить правительствам картину доказательных подходов, которые могут обеспечивать качество услуг здравоохранения и его повышение;
- призвать к действию заинтересованные стороны на национальном и международном уровнях.

2.2 ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

Настоящий документ адресован лицам, формирующим политику, которые хотят реализовать основные принципы повышения качества медико-санитарной помощи в системах здравоохранения. Таким образом, качество услуг здравоохранения рассматривается в нем как основное условие. Документ не содержит технических указаний для медицинских работников, непосредственно работающих с пациентами, хотя приведенная информация может быть им полезна, а также не рассматривает вопросы качества в конкретных областях специализации.

2.3 СОДЕРЖАНИЕ

В Главе 1 рассматриваются общие вопросы качества услуг здравоохранения, в Главе 2 приводится краткое описание документа. Основное содержание разбито на три главы по ключевым темам, касающимся качества медицинских услуг (Главы 3-5). В Главе 6 приводится призыв к действию для заинтересованных сторон.

- **Глава 3: Качество услуг здравоохранения в мире.** В данной главе представлен обзор систем качества услуг здравоохранения в мировой практике. В частности, приводятся данные, показывающие, что качество медико-санитарной помощи в большинстве стран, в частности в странах с низким и средним уровнем дохода, не достигает оптимального уровня и что улучшения в системе качества способствуют улучшению результатов в отношении здоровья населения.
- **Глава 4: Качество как одна из основ системы здравоохранения.** В данной главе рассказывается, как механизмы обеспечения, мониторинга и постоянного повышения качества должны быть встроены в базовые процессы систем здравоохранения, а также рассматриваются основные проблемы, которые требуют решения в целях повышения качества медико-санитарной помощи на уровне страны.
- **Глава 5: Понимание мер по повышению качества.** Качество - это сложное, многогранное понятие. Для его улучшения необходимо разрабатывать и применять комплекс определенных мер. В данной главе подчеркивается, что изменения в области качества должны внедряться на уровне государственной политики и стратегии, и приводятся примеры мероприятий по повышению качества.
- **Глава 6: Призыв к действию для реализации улучшений в области качества.** Данная глава призывает лиц, формирующих политику в области здравоохранения, которые стремятся к достижению всеобщего охвата высококачественными ус-

лугами здравоохранения, ориентированными на людей, к действиям, направленным на повышение качества. Это нужно делать срочно, потому что если не начать работу сегодня, достижение целей в области общественного здоровья оказывается под вопросом.

После перечисленных глав приводится приложение, в котором содержится предлагаемый перечень мероприятий, направленных на повышение качества. Данный перечень был составлен с учетом потенциального влияния на качество за счет снижения вреда, улучшения процессов предоставления услуг здравоохранения непосредственно на уровне контакта с пациентами и системного наращивания потенциала в части повышения качества. Иллюстративные мероприятия отражают некоторые из вариантов и возможностей, которые могут быть реализованы руководством систем здравоохранения, практикующими специалистами или лицами, формирующими политику, которые стремятся к повышению качества медико-санитарной помощи.

Глава 3 **Качество услуг
здравоохранения
в мире**





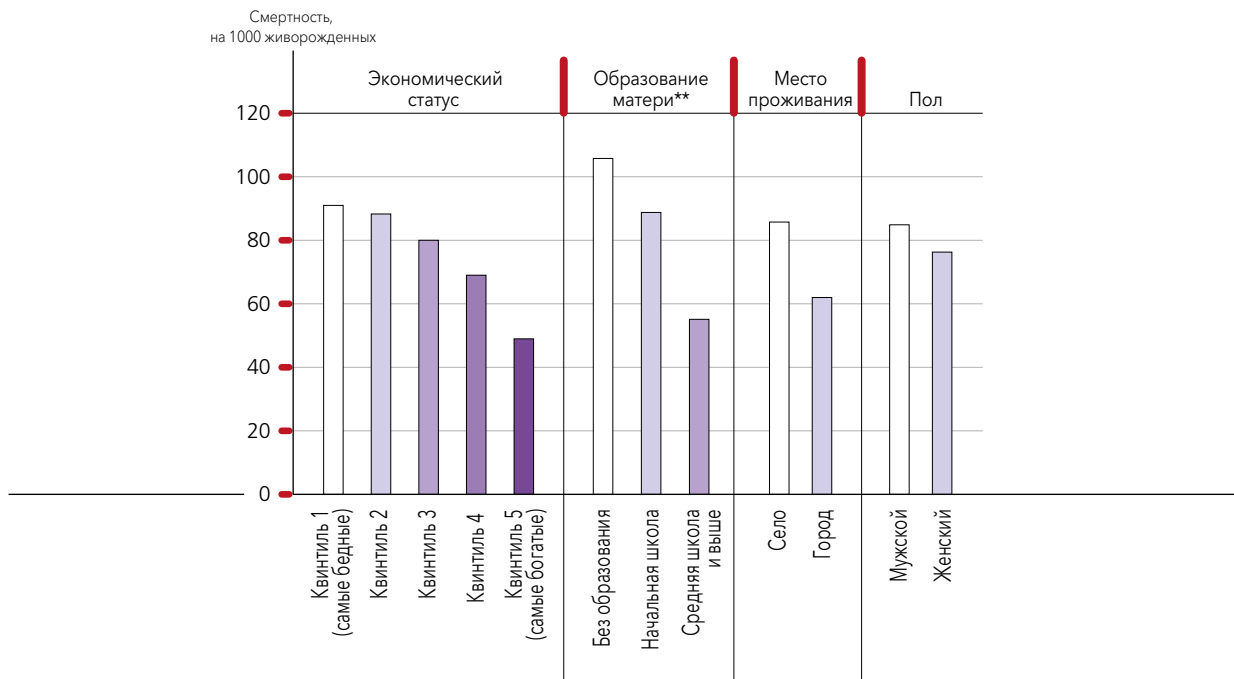
«Что хорошего в бесплатном родовспоможении, а также в том, что большой процент детей рождается в медицинских учреждениях, если качество помощи не отвечает стандартам или даже создает угрозу здоровью?»

Margaret Chan, бывший Генеральный директор ВОЗ, Всемирная ассамблея здравоохранения, май 2012 г.

3.1 КАЧЕСТВО КАК ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ УСЛОВИЕ ВСЕОБЩЕГО ОХВАТА УСЛУГАМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В период с 2000 по 2015 годы Цели развития тысячелетия (ЦРТ) способствовали ускорению мирового прогресса в достижении целей в области здоровья населения в странах с низким и средним уровнем дохода. На мировом уровне детская смертность снизилась на 53%, материнская смертность - на 43%, а заболеваемость ВИЧ - более чем на 38% (22). Однако прогресс был очень неравномерным. Среди бедных, сельских групп населения и групп населения, проживающих в труднодоступных районах, уровень предотвратимой смертности остался высоким. Так, например, показатели смертности детей в возрасте до 5 лет в странах с низким и средним уровнем дохода существенно различаются для самых бедных и самых богатых домохозяйств, равно как и для детей, чьи матери наименее и наиболее образованы, и для семей, проживающих в городах и сельских районах (Рисунок 3.1).

Рисунок 3.1 Медианная смертность среди детей в возрасте до 5 лет в контексте различных факторов неравенства, 2005-2012*



* Медианное значение для 49 отобранных стран.

** Отсутствуют данные по 10 странам.

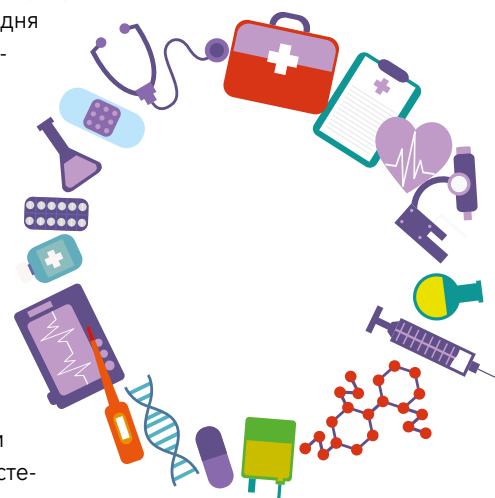
Источник: Всемирная организация здравоохранения (22).

Систематические оценки основных услуг здравоохранения в странах с высоким уровнем смертности выявляют значительные недостатки в качестве получаемой помощи. По данным одного из таких исследований восьми стран Африки, расположенных к югу от Сахары, фактический (скорректированный на показатели качества) охват населения услугами здравоохранения составил в среднем 28% для дородовой помощи, 28% для услуг планирования семьи и 21% для услуг по оказанию медицинской помощи больным детям, т.е. был

значительно ниже, чем общий показатель охвата услугами (23). Свыше 40% родов, принятых в условиях медицинских учреждений в пяти странах Африки к югу от Сахары, имели место в учреждениях первичной помощи, которые не располагают достаточными ресурсами и техническим потенциалом (24). В ЦРТ не делается прямого акцента на оценку и повышение качества помощи. Однако данные недостатки в системе качества не способствуют достижению желаемых улучшений в показателях здоровья населения несмотря на увеличение охвата медицинскими услугами. Исследования доказывают, что медицинские услуги низкого качества повышают риск неонатальной смертности в Африке (25). Аналогичным образом, увеличение количества родов в условиях медицинских учреждений в Индии с 14% до 80% не привело к снижению материнской и детской смертности ввиду низкого качества помощи, оказываемой в организациях здравоохранения (26). В конечном итоге низкое качество помощи остается причиной высокой материнской и детской смертности в странах с низким и средним уровнем дохода, несмотря на существенное расширение доступа к основным услугам здравоохранения в период реализации ЦРТ.

В 2015 году Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций приняла новую повестку дня в области развития - «Преобразование нашего мира: Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года». ЦУР включают более широкий спектр экономических, социальных и экологических целей, чем ЦРТ, и, в частности, ставят новую цель в области здравоохранения - «обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте». Всеобщий охват услугами здравоохранения считается одним из основных условий достижения ЦУР. Всеобщий охват услугами здравоохранения определяется как обеспечение доступа всех людей и сообществ к необходимому, достаточно качественному с точки зрения эффективности медицинским услугам по укреплению здоровья, профилактике, лечению, реабилитации, а также паллиативным услугам при одновременном обеспечении того, чтобы использование таких услуг не создавало финансовых трудностей для пользователей. В Повестке дня в области устойчивого развития на период до 2030 года прямо отмечается значение качественных услуг здравоохранения и, в частности, срочная необходимость во включении вопросов качества помощи в национальные, региональные и мировые программы, направленные на обеспечение благополучия для всех людей.

Пока на мировом уровне основной задачей остается обеспечение всеобщего охвата услугами здравоохранения, локальная - катастрофическая по своим последствиям - вспышка вируса Эбола в Западной Африке в очередной раз доказала необходимость в повышении качества помощи. В Гвинее, Либерии и Сьерра-Леоне реагирование на вспышку вируса и устранение ее последствий были крайне затруднены отсутствием определенных медицинских услуг или их низким качеством, а также недоверием со стороны населения к системам здравоохранения. Так, например, по результатам оценки системы здравоохранения Сьерра-Леоне, в стране отмечаются низкая плотность медицинских кадров, низкий потенциал в части контроля заболеваний в сообществе, дефицит инфраструктуры в учреждениях здравоохранения, а также слабые цепочки поставок основных лекарственных средств (27). Все три страны решили вести активную работу по расширению всеобщего доступа к качественным услугам здравоохранения, чтобы иметь возможность предотвращать масштабные вспышки инфекций в будущем. Основными приоритетами определены профилактика и контроль инфекций и безопасность пациентов. После вспышки Эболы Либерия разработала инвестиционный план по укреплению устойчивости системы здравоохранения и работает над созданием фонда по обеспечению справедливости в отношении здоровья, главным принципом которого является качество (Вставка 3.1). Реакция Западной Африки на вспышку Эболы подтверждает существование реальной и тесной взаимосвязи между устойчивостью систем здравоохранения, качеством помощи и безопасностью общественного здоровья в глобальном масштабе.



Вставка 3.1 **Либерия: включение вопросов качества в программу здравоохранения после вспышки Эболы**

До вспышки Эболы в 2014 году Либерия – страна, восстанавливающаяся после многолетней политической и экономической нестабильности, – достигла прогресса в улучшении показателей здоровья своего населения. Однако вспышка вируса выявила системные проблемы в структуре здравоохранения этого небольшого западноафриканского государства, в частности дефицит квалифицированных медицинских кадров в учреждениях здравоохранения и сообществах, отсутствие устойчивых механизмов финансирования, а также необходимых цепочек поставок и интегрированных систем информации здравоохранения. Кроме того, в большинстве случаев отсутствовали необходимые процессы профилактики инфекций и инфекционного контроля, а также налаженное взаимодействие между службами здравоохранения и населением. Эти ограничения препятствовали оказанию качественных услуг здравоохранения и способствовали быстрому распространению эпидемии.

После вспышки Эболы был разработан План развития устойчивой системы здравоохранения в Либерии на 2015-2021 годы. План имел следующие цели: восстановить средства, затраченные на борьбу со вспышкой вируса, устранить существующие факторы уязвимости, повысить доверие населения к системам здравоохранения и обеспечить безопасность общественного здоровья. Одна из ключевых стратегических задач инвестиционного плана – обеспечить в ускоренном режиме всеобщий доступ к безопасным и качественным услугам за счет укрепления потенциала сети здравоохранения в части оказания основных услуг. Правительство Либерии понимает, что успешная реализация инвестиционного плана, в т.ч. активное повышение качества медико-санитарной помощи, имеет важнейшее значение для профилактики и обнаружения вспышек инфекционных заболеваний в будущем и организации эффективного реагирования.

Для достижения ЦУР в области здоровья потребуются новые капиталовложения, которые к 2030 году увеличатся со 134 млрд до 371 млрд долларов США в год (28). Медико-санитарная помощь низкого качества неэффективна, приводит к неэффективному расходованию дефицитных ресурсов и увеличивает затраты, связанные с расширением охвата услугами здравоохранения. Неэффективность обусловлена оказанием ненужных услуг медико-санитарной помощи, которые никак не отражаются на результатах в отношении здоровья населения. Так, например, в странах с низким и средним уровнем дохода избыточное использование антибиотиков для лечения острых респираторных инфекций увеличивает стоимость помощи в среднем на 36% (29). Ошибки при оказании услуг также могут повлечь прямой вред для здоровья, что ведет к увеличению расходов системы здравоохранения. Проведенное недавно исследование в странах ОЭСР показало, что свыше 10% расходов стационаров связаны с исправлением предотвратимых врачебных ошибок или лечением инфекций, приобретенных пациентами в больницах (3).

На Министерском совещании ОЭСР по здравоохранению в 2017 году министры отметили взаимосвязанность вопросов качества и эффективности и согласились, что оценка и повышение качества являются важнейшей составляющей работы по достижению результатов в отношении здоровья экономически эффективным образом (30).

Инвестиции в высококачественные системы здравоохранения в целях обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения могут способствовать ускорению прогресса в улучшении показателей здоровья, обеспечении глобальной безопасности общественного здоровья и экономической эффективности.

3.2. ОПРЕДЕЛЕНИЕ КАЧЕСТВА МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Качество медико-санитарной помощи определяется степенью, в которой услуги здравоохранения для отдельных лиц и населения повышают вероятность достижения желаемых результатов в отношении здоровья и отражают существующие профессиональные знания (31). Данное определение подразумевает, что качество медико-санитарной помощи поддается оценке, направлено, в первую очередь, на улучшение показателей здоровья, нежели расширение услуг или совершенствование системных процессов, и должно отражать желания основных заинтересованных сторон, включая пользователей услуг и сообществ. Описывая услуги здравоохранения в целом, данное определение качества медико-санитарной помощи распространяется как на терапевтическую и профилактическую помощь, так и на помощь, оказываемую отдельным лицам в условиях медицинских учреждений или на базе сообществ. Подобное понимание качества медико-санитарной помощи особенно актуально для стран, которые сталкиваются с растущим бременем неинфекционных заболеваний и где системы здравоохранения должны оказывать услуги на протяжении всей жизни человека, включая снижение риска, скрининг, ведение заболеваний, реабилитацию и паллиативную помощь. Учитывая растущую базу доказательных данных об эффективности различных подходов к профилактике и контролю заболеваний, в данном определении качества медико-санитарной помощи также отмечается необходимость в механизмах, которые обеспечат систематическое использование новых доказательных данных при оказании услуг.

Какие характеристики услуг здравоохранения говорят о качестве? В настоящем документе приводятся семь измеримых характеристик услуг здравоохранения, которые повышают вероятность достижения желаемых результатов в отношении здоровья и отражают существующие профессиональные знания.

За десятилетия исследований описано множество составляющих качества, однако все чаще говорится о том, что качество услуг здравоохранения во всех странах мира должно определяться их эффективностью, безопасностью и ориентированностью на людей. Кроме того, чтобы реализовать преимущества качественной медико-санитарной помощи, необходимо, чтобы услуги здравоохранения были своевременными, справедливыми, интегрированными и рациональными (Рисунок 3.2) (32, 33).

Рисунок 3.2 Составляющие качества медико-санитарной помощи



Источник: Institute of Medicine (32).

Например, история Фатимы, 80-летней женщины, которая после выхода на пенсию 15 лет назад живет одна. На протяжении многих лет она страдает сахарным диабетом 2 типа, а также гиперхолестеринемией и первичной артериальной гипертензией. Из-за слабого зрения и появившихся недавно болей в спине Фатима обычно находится дома и очень редко выходит на прогулку. За последние два года она дважды попадала в больницу с диагнозом «застойная сердечная недостаточность». Фатима не контролирует свое давление или содержание сахара в крови, как ей было рекомендовано, не придерживается диеты и после выписки из больницы пропустила несколько назначенных приемов. Сегодня она обратилась в клинику с жалобами на одышку, тяжесть в груди и невозможность находиться в положении лежа. Кроме того, она упомянула, что ей трудно отслеживать ежедневные счета. Медсестра, ведущая прием, замечает, что Фатима повторяется и с трудом подбирает слова, чтобы описать свои симптомы. В течение следующих четырех недель Фатима будет получать помощь от множества поставщиков медицинских услуг, включая диетолога, поставщика первичной помощи, кардиолога и социального работника. Ниже показано, какой могла бы быть высококачественная помощь для Фатимы в разрезе семи составляющих качества.

- **Высококачественная помощь для Фатимы эффективна**, т.е. предлагается на основе научных знаний и доказательных руководств. Группа специалистов, оказывающих помощь, придерживается клинических маршрутов, разработанных для пожилых пациентов с сердечной недостаточностью и существенными сопутствующими заболеваниями на основе доказательных данных и опыта ведения аналогичных медицинских случаев. Специалисты заверяют Фатиму, что она будет получать помощь на основе доказательных данных и что будут соблюдены системные процессы, в результате чего будет составлен интегрированный план ведения заболевания с участием различных поставщиков медицинской помощи.
- **Высококачественная помощь для Фатимы безопасна**, т.е. минимизирует вред для пациента, включая предотвратимые травмы и медицинские ошибки. В любом медицинском учреждении есть четкие указания по профилактике больничных инфекций и врачебных ошибок. Так, при госпитализации Фатимы проведен подробный анализ лекарств, которые она получала амбулаторно, чтобы предотвратить нежелательные последствия сочетания таких лекарств с препаратами, которые будут назначены в стационаре.
- **Высококачественная помощь для Фатимы ориентирована на человека**, т.е. оказывается с учетом ее предпочтений, потребностей и ценностей. Фатима может волноваться и задавать много вопросов, что объяснимо. Многопрофильная команда выслушивает ее вопросы, терпеливо отвечает на них и совместно разрабатывает план оказания медико-санитарной помощи при ее активном участии.
- **Высококачественная помощь для Фатимы своевременна**, т.е. задержки в оказании и получении услуг сведены к минимуму. Так, например, каждый контакт с тем или иным поставщиком, участвующим в оказании ей помощи, организуется эффективной системой обработки потока пациентов, при помощи которой назначаются или корректируются посещения специалистов и пациенты уведомляются о предполагаемом времени ожидания. Распознаются ситуации, требующие срочного вмешательства, и система реагирует максимально оперативно. При надлежащем планировании Фатиме не придется проводить длительное время в очереди, когда она будет приходить на контрольные приемы.
- **Высококачественная помощь для Фатимы справедлива**, т.е. качество получаемой ею помощи не зависит от таких личных особенностей, как пол, раса, национальность, географическое положение и социально-экономический статус. Услуги, получаемые Фатимой, будут отражать только потенциальные преимущества лечения для здоровья на основе доказательных данных и больше ничего.
- **Высококачественная помощь для Фатимы интегрирована**, т.е. помощь, которую она получает в разных учреждениях и у разных поставщиков, координируется. После

выписки из стационара социальный работник рассмотрит варианты поддержки дальнейшего плана медицинской помощи и поможет ей установить контакты с учреждениями, оказывающими помощь при деменции, и другими службами.

- **Высококачественная помощь для Фатимы рациональна**, т.е. исключает неэффективное расходование ресурсов, в т.ч. оборудования, лекарств, энергии и идей. Каждый из поставщиков медицинской помощи может отследить историю анализов, обследований и процедур при помощи единой системы электронных медицинских карт, что предотвращает повторы и расходование ресурсов. Использование лекарств-дженериков регулируется руководствами по клинической практике. Помощь Фатиме будет оказывать сплоченная команда специалистов, каждый из которых будет демонстрировать свои сильные качества и выполнять задачи, соответствующие его компетенции.

Таким образом, высококачественная медико-санитарная помощь - это правильная помощь, оказываемая в нужное время координированным образом, отвечающая потребностям и предпочтениям пользователей услуг и обеспечивающая сведение к минимуму вреда и неэффективного расходования ресурсов. Высококачественная медико-санитарная помощь в конечном итоге направлена на повышение вероятности достижения желаемых результатов в отношении здоровья. Потребность в высококачественной медицинской помощи подтверждает, что данные улучшения являются постоянным или динамичным, а не статичным процессом. Независимо от уровня доходов страны, если есть возможность улучшить показатели здоровья населения, качество услуг здравоохранения также можно повысить.

3.3. КАЧЕСТВО МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В МИРЕ

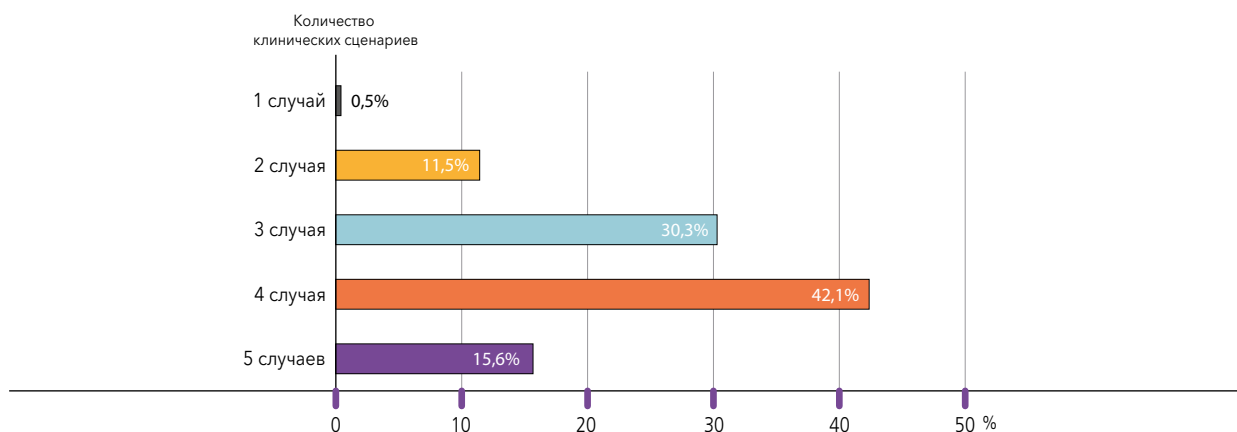
Для оценки тенденций в глобальной картине качества медико-санитарной помощи нужны согласованное определение и оценка индикаторов качества, которые позволяли бы проводить сопоставление показателей разных стран. В настоящее время не существует массива данных, который содержал бы единые индикаторы качества, анализируемые в глобальном масштабе. Также отсутствует договоренность о минимальном наборе стандартизированных индикаторов качества медико-санитарной помощи, который позволял бы отслеживать прогресс в достижении ЦУР, касающихся вопросов здравоохранения, по странам. При этом активно ведется работа с целью определить индикаторы, которые поддерживали бы мероприятия по повышению качества на национальном, региональном и международном уровне. К таким мероприятиям относятся Проект по разработке системы показателей качества медицинской помощи ОЭСР, разработка индикаторов качества предоставления услуг Всемирного банка, Глобальная обсерватория здравоохранения ВОЗ, а также демографические и медицинские обследования (34-37). Представленный ниже анализ ситуации с качеством услуг здравоохранения в мировом масштабе основан на данных, приведенных в указанных источниках, результатах репрезентативных на национальном уровне обследований домохозяйств и данных эмпирического анализа.

Основным предметом предлагаемого анализа являются процесс и конечные показатели мероприятий по повышению качества медико-санитарной помощи, т.е. действия в сфере здравоохранения и результаты таких действий применительно к желаемым показателям здоровья населения. Данные показатели анализируются по семи направлениям качества медико-санитарной помощи: эффективность, безопасность, ориентированность на людей, своевременность, интегрированность, справедливость и рациональность. В научной и политической литературе также анализируются структурные показатели качества медико-санитарной помощи, которые формируют контекст предоставления услуг, в т.ч. оборудование, кадры, стимулы и организационные характеристики (38). В настоящем документе данные структурные факторы рассматриваются как основные условия высококачественных процессов и результатов медико-санитарной помощи. Основы высококачественной помощи рассматриваются в Главе 4.

3.3.1 Эффективны ли услуги здравоохранения?

Если медико-санитарная помощь неэффективна, т.е. поставщики помощи не придерживаются руководств, основанных на доказательных данных, это может отражать недостаточное знание руководств или их несоблюдение вне зависимости от того, известны ли они поставщикам. Эффективность медико-санитарной помощи можно оценить посредством проверки медицинских карт, опросов пациентов после получения ими медицинских услуг, прямого наблюдения за взаимодействием между поставщиком и клиентом, использования стандартизированных пациентов или клинических сценариев. При этом если клинические сценарии используются, чтобы оценить, насколько поставщику известны доказательные протоколы ведения определенных медицинских состояний, другие виды показателей позволяют отследить, главным образом, в какой степени такие руководства соблюдаются. Так, стандартизированные пациенты обращаются к поставщикам с аналогичными жалобами, что позволяет сравнивать качество помощи, оказываемой разными поставщиками. Данный метод оценки эффективности также исключает ошибки наблюдений или памяти (39). Отличия в распространенности тех или иных заболеваний в разных странах, а также клинических проявлений заболеваний не позволяют проводить сравнение эффективности медико-санитарной помощи, оказываемой разными поставщиками и в разных странах, на систематической основе. Однако все больше данных свидетельствуют о наличии пробелов в понимании и соблюдении поставщиками руководств, основанных на данных доказательной медицины, в странах с высоким, средним и низким уровнем дохода. В Кении, например, только 16% поставщиков правильно поставили диагнозы во всех пяти случаях, которые были представлены в клинических сценариях для оценки знаний поставщиков (Рисунок 3.3) (40). В ходе исследования врачебной практики в Бывшей Югославской Республике Македония и Соединенных Штатах Америки средний процент верных диагнозов для четырех клинических сценариев составил 48% и 67% соответственно (41). Независимо от метода оценки, также имеются существенные расхождения между знаниями и практикой предоставления поставщиками услуг. Данный вывод верен для разных стран, включая Данию, Индию, Кению, Нидерланды и Объединенную Республику Танзания.

Рисунок 3.3 Количество верных диагнозов, поставленных поставщиками для клинических сценариев в Кении (всего пять сценариев)

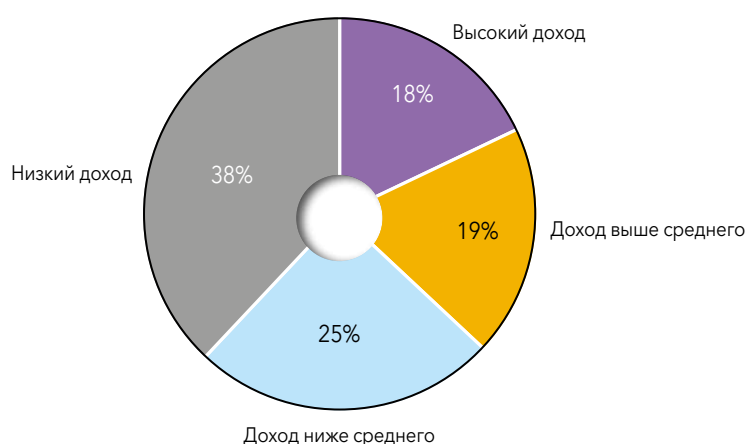


Источник: Martin and Pimhidzai (41).

3.3.2 Безопасны ли услуги здравоохранения?

Причинение вреда пациентам – 14-й по значению фактор в глобальном бремени болезней. Основную часть этого бремени несут страны с низким и средним уровнем дохода (Рисунок 3.4) (14). Основные причины причинения вреда пациентам отличаются для разных учреждений и включают ошибки в назначении лекарств и диагностике на уровне первичной помощи, образование пролежней и другие неблагоприятные последствия оказания долгосрочной помощи, а также внутрибольничные инфекции и хирургические вмешательства ошибочной локализации (46–48). Количество случаев небезопасной медицинской практики значительно (14). Помимо прямых затрат на устранение нежелательных последствий оказания помощи, это приводит к дополнительным издержкам, связанным с утратой производительности и доверия к системе здравоохранения. Примерно 15 % расходов больниц и мероприятий в странах ОЭСР связаны с нарушением безопасности. При этом множество нежелательных последствий оказания помощи можно предотвратить. Данные показывают, что более трети нежелательных явлений в странах с низким и средним уровнем дохода возникают в несложных ситуациях и что до 83 % из них предотвратимы (49). Кроме того, затраты на устранение последствий нарушения безопасности намного превышают затраты на их предотвращение. По оценкам, повышение безопасности пациентов в больницах Medicare в США позволило сэкономить 28 млрд долл. США в период с 2010 по 2015 год.

Рисунок 3.4 Бремя заболеваний, вызванных нежелательными явлениями, 2015 г.



Примечание: процент среднего количества лет жизни, утраченных в результате инвалидности (DALY)/страна.

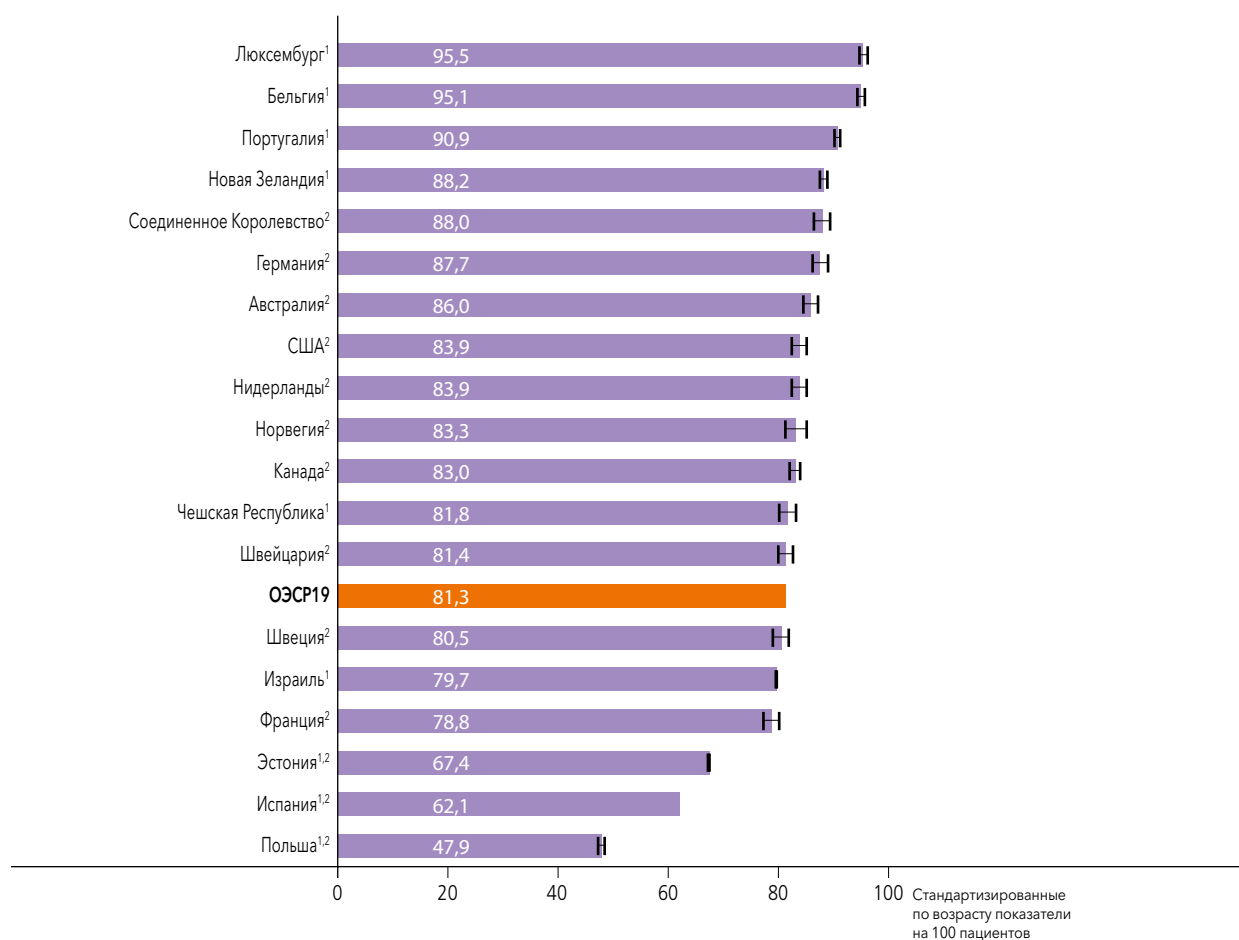
Источник: Institute of Health Metrics and Evaluation, 2015.

3.3.3 Ориентированы ли услуги здравоохранения на людей?

В странах с высоким, средним и низким уровнем дохода системное отслеживание потребностей и предпочтений пользователей применительно к услугам здравоохранения осуществляется в разной степени. Системы здравоохранения в странах с высоким уровнем дохода внедрили показатели и институты для мониторинга опыта пациентов и их отношения к своим медицинским состояниям и общему состоянию здоровья. Ожидания и подходы к помощи, ориентированной на людей, в разных странах отличаются, но при этом большинство пользователей в странах ОЭСР отмечают положительный опыт получения услуг в части времени, уделяемого поставщиком пациенту, понятности объяснений, возможности обсудить вопросы, которые вызывают беспокойство пациента, и принять участие в оказываемой помощи (Рисунок 3.5) (50). В странах с низким и средним уровнем

дохода внимание к помощи, ориентированной на людей, в т.ч. когда поставщики проявляют уважение и сострадание к пациентам, не так распространено. Так, все больше исследований по вопросам обеспечения уважительного отношения к женщинам при оказании медицинской помощи во время беременности и родов показывают, что поставщики медико-санитарной помощи не взаимодействуют с женщинами необходимым образом, исключают их из процесса принятия решений в отношении оказываемой им помощи и часто не информируют их в подробностях о том, какая помощь им будет оказана (51, 52).

Рисунок 3.5 Простые для понимания объяснения врачей (2013 или ближайший год)



Примечание: доверительный интервал с доверительной вероятностью 95% обозначен Н.

1. Национальные источники.

2. Данные из опыта взаимодействия пациентов с лечащим врачом.

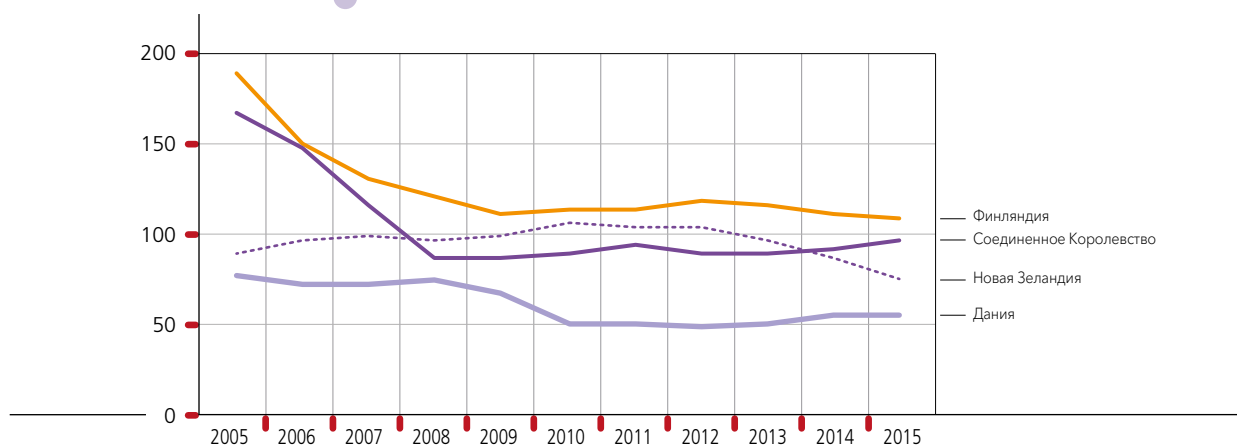
Источник: Commonwealth Fund International Health Policy Survey 2013 и другие национальные источники.

3.3.4 Своевременны ли услуги здравоохранения?

Как показывают исследования, время ожидания плановых и экстренных процедур – один из факторов удовлетворенности пользователей услугами (53–55). В экстренных случаях задержки в получении необходимого лечения также могут приводить к предотвратимой смерти пациента (56). При этом время ожидания различных услуг здравоохранения в разных странах ОЭСР отличается. Так, среднее время ожидания эндопротезирования

тазобедренного сустава в 2015 года составило около 42 дней в Нидерландах, но 290 дней в Эстонии и более 400 дней в Чили и Польше. Временные графики показывают, что в Финляндии и Новой Зеландии время ожидания сократилось; при этом в последние годы данный показатель приближается к схожим значениям. С 2008 года многие страны, например, такие как Дания и Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии, демонстрируют относительную стабильность в показателях (Рисунок 3.6) (2). Сравнительных исследований задержек в странах с низким и средним уровнем дохода значительно меньше. Эмпирический анализ для отдельных стран показывает, что ожидание процедур занимает относительно длительное время. Так, по результатам исследования работы отделения экстренной помощи на Барбадосе, в среднем на определение очередности и направление пациента к специалисту требуется 10 минут, на получение результатов лабораторных исследований – 213 минут, на ожидание приема у врача – 178 минут (57). Аналогичным образом, в одной из поликлиник Нигерии 74% пользователей услуг ожидали регистрации от 60 до 120 минут, не считая ожидания приема у поставщика услуг (58).

Рисунок 3.6 Среднее время ожидания эндопротезирования тазобедренного сустава

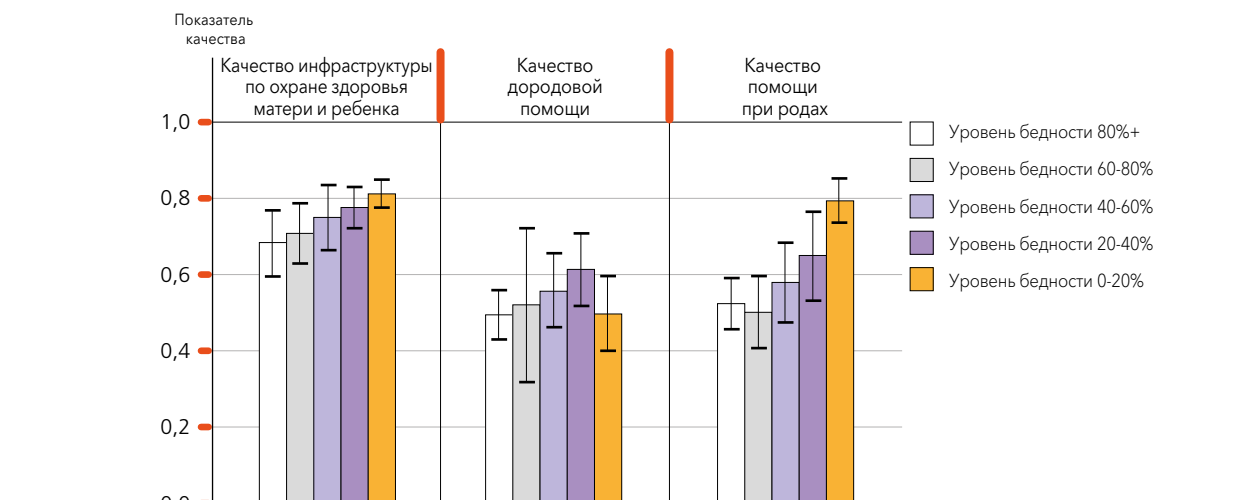


Источник: Health at a glance 2017 (2).

3.3.5 Справедливы ли услуги здравоохранения?

Расхождения в качестве медико-санитарной помощи существуют во всем мире, но для уязвимых групп населения они имеют еще более серьезное значение. Национальные отчеты о различиях в предоставляемых услугах здравоохранения (National Healthcare Disparities Reports) в США отслеживают качество медико-санитарной помощи с 2010 года. В 2015 года для групп населения с низким уровнем дохода половина показателей качества не изменилась или ухудшилась. Для сельского населения не изменились или ухудшились более половины показателей (59). В Канаде пациенты с инфарктом миокарда из групп коренного населения с меньшей вероятностью получали рекомендованное лечение, включая ангиографию сердца и реваскуляризацию (60). Кения демонстрирует самые низкие среди бедных стран показатели качества услуг по охране здоровья матери и ребенка: только 17% женщин имели доступ к минимально необходимой помощи при родах (Рисунок 3.7) (61). В Индии также представители домохозяйств с низким социально-экономическим статусом в бедных сообществах с меньшей вероятностью обратятся за помощью к опытным поставщикам медицинских услуг (62).

Рисунок 3.7 **Качество организации и оказания услуг по охране здоровья матери и ребенка по уровню бедности в Кении**



Источник: Sharma et al. (63).

3.3.6 Интегрированы ли услуги здравоохранения?

С развитием хронических и неинфекционных заболеваний все больше людей страдают от множественных и комплексных хронических состояний, которые требуют координации помощи на всех уровнях и на протяжении всей жизни пациента. Непрерывность и координация медико-санитарной помощи может способствовать улучшению опыта людей, живущих с такими состояниями и сопутствующими потребностями. Однако в координации медико-санитарной помощи, даже в странах с высоким уровнем дохода, отмечаются существенные расхождения. Опрос пациентов с комплексными потребностями в медицинской помощи в 11 странах с высоким уровнем дохода показал существующие проблемы координации, такие как отсутствие результатов анализов и обследований или медицинских карт на момент приема у врача, назначение дублирующих анализов или обследований, отсутствие обмена важной информацией между поставщиками, отсутствие информации об анамнезе у специалистов, а также отсутствие у лечащих врачей информации о помощи, полученной у специалистов (63). Анализ связанных данных первичной и вторичной помощи по пожилым пациентам (в возрасте от 62 до 82 лет), представленных 200 учреждениями и врачами общей практики в Англии, показал, что пациенты, которые чаще в пропорциональном соотношении посещали одного и того же врача общей практики, реже госпитализировались с состояниями, поддающимися амбулаторному лечению (64).

3.3.7 Рациональны ли услуги здравоохранения?

В Докладе о состоянии здравоохранения в мире за 2010 год утверждается, что порядка 20-40% всех ресурсов здравоохранения расходуются неэффективно (65). Основные причины неэффективности при оказании услуг - неправильное назначение и использование лекарств, отсутствие оптимальной кадровой структуры, избыточное использование или поставки оборудования, коррупция и ограниченное использование инфраструктуры. Безосновательные расхождения в распространенности тех или иных процедур и интенсивности оказания помощи по географическому признаку - косвенный признак избыточного расходования ресурсов и, соответственно, неэффективности. Так, например, в Индии показатель использования антибиотиков при лечении острой диареи в государственных учреждениях составляет 43%, а в частных - 69%. На мировом уровне отмечается девятикратное расхождение в использовании чрескожных коронарных вмешательств, а в странах ОЭСР - пятикратное расхождение в ис-

пользовании аортокоронарного шунтирования (66). Данные расхождения не объясняются разным бременем сердечно-сосудистых заболеваний. Неэффективная по причине избыточного использования ресурсов и иным причинам медико-санитарная помощь негативно отражается на показателях здоровья населения. Если все страны ОЭСР добьются таких же показателей эффективности, как ведущие государства в рейтинге, ожидаемая продолжительность жизни при рождении в таких странах может быть увеличена более чем на 2 года в среднем при сохранении текущего уровня расходов на здравоохранение (67).

3.4. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несмотря на значительное расширение доступа к основным услугам здравоохранения в эпоху ЦРТ, уровень предотвратимой смертности и заболеваемости, который может быть снижен благодаря повышению качества медицинских услуг, остается высоким. Так, сохраняющееся бремя материнской и детской смертности в странах с низким и средним уровнем дохода в значительной степени обусловлено низким качеством услуг здравоохранения. ЦУР прямо предполагают повышение качества медицинских услуг в процессе обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения во всех странах.

Высококачественная медико-санитарная помощь – это правильная помощь, оказываемая в нужное время координированным образом, отвечающая потребностям и предпочтениям пользователей услуг и обеспечивающая сведение к минимуму вреда и неэффективного расходования ресурсов. Качественная медико-санитарная помощь повышает вероятность достижения желаемых результатов в отношении здоровья населения и соответствует семи измеримым характеристикам помощи: эффективность, безопасность, ориентированность на людей, своевременность, справедливость, интегрированность и рациональность. Независимо от уровня доходов страны, если есть возможность улучшить показатели здоровья населения, качество услуг здравоохранения также можно повысить.

Работа по отслеживанию тенденций в качестве медико-санитарной помощи в рамках повестки дня ЦУР будет неэффективной в отсутствие согласованных основных сравнительных индикаторов для стран, которые собирались бы на регулярной основе. Эмпирические данные исследований по оценке качества, число которых растет, показывают расхождения в качестве по всем направлениям услуг здравоохранения на международном уровне. Данные расхождения можно рассматривать как возможность для повышения качества медико-санитарной помощи и улучшения здоровья населения.

Мое качество

Mr Bafana Msibi, исполнительный руководитель по инспекциям на предмет соблюдения стандартов, Управление по соблюдению стандартов здравоохранения ЮАР


«Основой любой системы здравоохранения является сестринская помощь, – говорит Bafana Msibi, исполнительный руководитель по инспекциям на предмет соблюдения стандартов Управления по соблюдению стандартов здравоохранения ЮАР. – В нашей стране особенно и в других странах Африки первичная медико-санитарная помощь зависит от работы медсестер».

Bafana Msibi более 15 лет работает руководителем независимой организации, которая занимается вопросами обеспечения качества медико-санитарной помощи и соблюдения стандартов здравоохранения в государственных и частных медицинских организациях, и хорошо понимает, какой вклад вносят медсестры в качество медико-санитарной помощи.

Он кратко определяет качество медико-санитарной помощи как «использование имеющихся ресурсов для оказания максимально эффективной помощи пользователям». Msibi отмечает, что эффективная помощь пациенту требует комплексного подхода, который иногда выходит за рамки лечения. «К врачу может обратиться пациент с определенными симптомами, и в процессе лечения может выясниться, что эти симптомы вызваны стрессом», – говорит он. Поскольку медсестры проводят больше времени с пациентами, чем любые другие медицинские специалисты, их роль очень важна. Кроме того, они напрямую участвуют в осуществлении профилактических мер, благодаря которым создается безопасная медицинская среда в текущей работе.

В ЮАР все зарегистрированные медсестры должны отработать один год на уровне сообществ по завершении четырехгодичного обучения в вузе. Выпускники работают под руководством опытных специалистов и сталкиваются с самыми разными медицинскими вопросами. Они также хорошо узнают сообщества, в которых работают. Знания и навыки, которые молодые медсестры приобретают в этот период, помогают им подготовиться к будущей работе.

«В молодости я работал в сельской клинике. Если пациенты обращались с проблемой, которая решалась на более высоком уровне, мы направляли их к врачу или вызывали скорую помощь, чтобы транспортировать их в больницу. В большинстве районов есть клиники, а туда, где их нет, выезжают мобильные бригады. Большинство из них заведуют медсестры», – говорит Msibi.



По словам Msibi, в ЮАР некоторые медсестры и медбратья занимают руководящие должности, например возглавляют больницы или районные организации здравоохранения, но таких руководителей должно быть больше. «Нужно, чтобы из медсестер и медбратьев выходили руководители системы здравоохранения. Они должны профессионально расти в системе, знать ее изнутри и понимать внутренние процессы формирования политики».

Во время обучения в магистратуре по специальности «Общественное здоровье» Vafana Msibi проводил исследование на базе государственной больницы, и он хотел бы, чтобы такая возможность была у большего количества медсестер и медбратьев. Он считает, что более активное привлечение сестринского персонала к процессам формирования политики в качестве членов консультативных комитетов, комиссий и советов также будет способствовать дальнейшему повышению качества медико-санитарной помощи.

Управление по соблюдению стандартов здравоохранения, в котором работает Msibi, обсуждает заключение меморандума о взаимопонимании с Советом медсестер и медбратьев ЮАР и другими органами, представляющими профессию, в целях расширения сотрудничества между различными службами здравоохранения. Например, совместные инспекции больниц могли бы повысить эффективность и способствовать внедрению высоких стандартов медико-санитарной помощи. «Когда мы разрабатываем модели и принципы повышения качества, мы должны сделать так, чтобы они касались каждого и чтобы на первом месте оставались ценности профессии, – говорит Msibi. – В конечном итоге все мы заинтересованы в оказании качественной помощи, а если мы хотим добиться качества, мы должны стремиться к эффективной командной работе».



Фотография на предыдущей странице: © ranplett/iStock

Глава 4 **Качество как одна из основ системы здравоохранения**





4.1 ВВЕДЕНИЕ

Услуги низкого качества – даже если они предоставляются по доступной цене – препятствуют достижению эффективного всеобщего охвата услугами здравоохранения, потому что люди не будут пользоваться услугами, которым они не доверяют и которые приносят им мало пользы. Механизмы обеспечения, мониторинга и постоянного повышения качества должны стать базовыми процессами систем здравоохранения.

В настоящей главе рассматриваются пять важнейших аспектов любой услуги здравоохранения: медицинские кадры; организации здравоохранения; лекарства, устройства и другие технологии; информационные системы; финансирование. Наличия ресурсов как таковых недостаточно. Необходима осознанная постоянная работа, которая обеспечит их использование эффективным и безопасным образом в соответствии с индивидуальными потребностями пациентов. Вопросы управления, а также инструменты, методы и вопросы политической экономии реформ рассматриваются в следующей главе.

Комплексная система медико-санитарной помощи позволяет людям получать помощь непрерывно на протяжении всей жизни и включает процессы укрепления здоровья, профилактики заболеваний, диагностики, лечения, ведения заболеваний, реабилитации, эмоциональной и духовной поддержки и паллиативной помощи. При разработке системы здравоохранения необходимо учитывать три важных аспекта: услуги должны отвечать потребностям местного населения; основой всех услуг должна быть доступная и высококачественная первичная помощь; отдельные лица и сообщества должны участвовать в разработке, предоставлении, оценке и улучшении каждого вида услуг (68). Вся деятельность – от уровня непосредственного контакта с населением до уровня системы – должна строиться по принципу повышения качества.

4.2 ОСНОВЫ ВЫСОКОКАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ

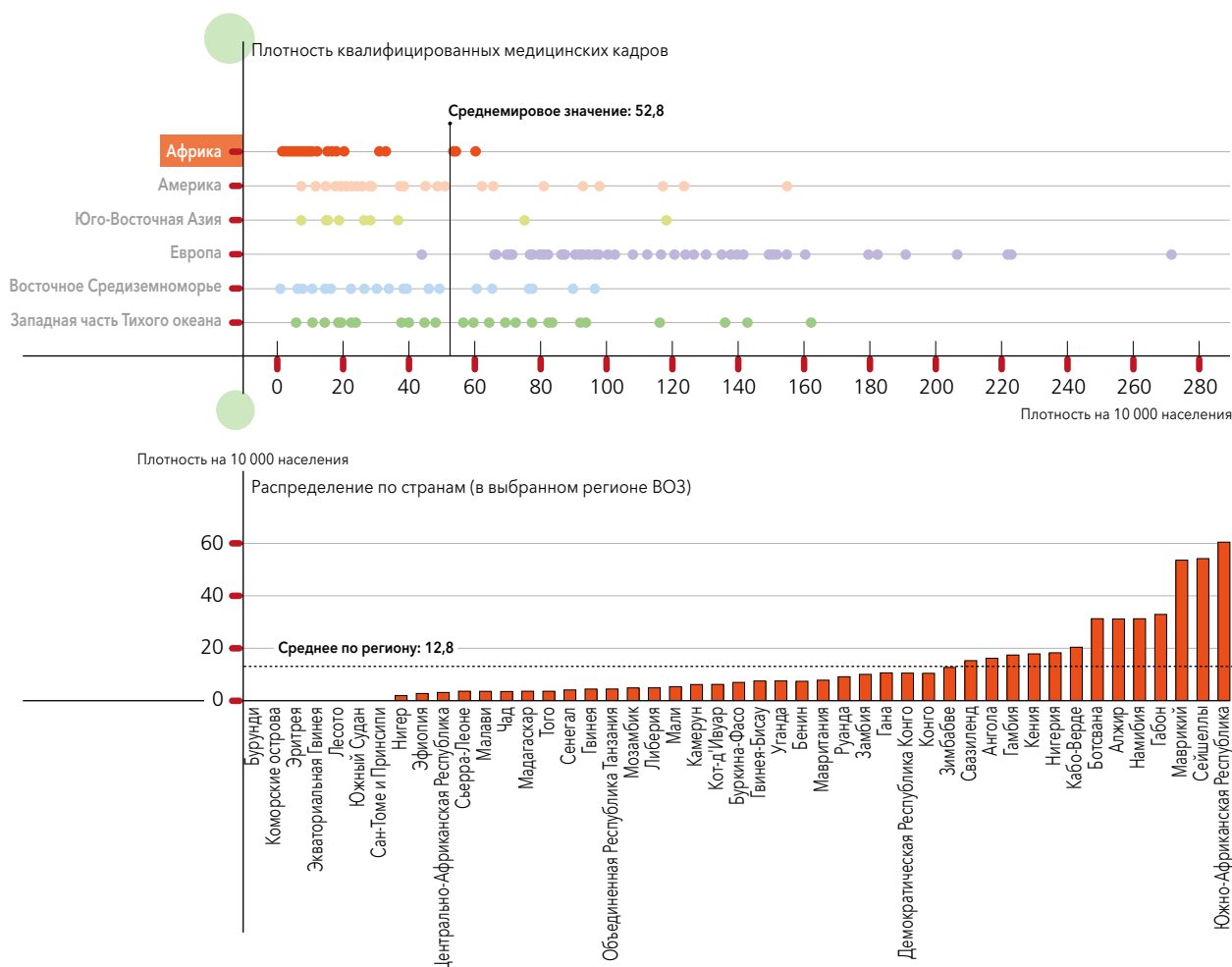
4.2.1 Мотивированные кадры системы здравоохранения, получающие необходимую поддержку для оказания качественной помощи

Для оказания высококачественной медико-санитарной помощи отдельным лицам, семьям и сообществам нужны квалифицированные врачи, медсестры и другие медицинские работники. В настоящее время дефицит кадров в мировом масштабе составляет, по оценкам, 2,5 млн врачей, 9 млн медсестер и акушерок и 6 млн работников других медицинских специальностей. В результате базовая медико-санитарная помощь часто отсутствует или характеризуется низким качеством (69). Проблема стоит наиболее остро в бедных странах (Рисунок 4.1). Даже в развитых экономиках медицинские кадры слишком часто сконцентрированы в городах, из-за чего снижается качество помощи в сельских и удаленных районах. При этом даже города испытывают дефицит медицинских кадров в отдельных районах – например, трущобах.

Частично решить проблему дефицита кадров могут медицинские работники на уровне сообществ. Это отдельные лица, которые прошли соответствующее обучение и могут предоставлять определенные медико-санитарные услуги, наблюдать случаи инфекционных или неинфекционных заболеваний и назначать лечение. Обычно это представители сообществ, что также может способствовать вовлечению других членов сообщества. Медицинские работники на уровне сообществ могут преодолевать культурные и языковые барьеры, а также способствовать расширению доступа к помощи и созданию новых форм трудоустройства. Имеющиеся данные показывают, что медицинские работники на уровне сообществ могут оказывать безопасную и эффективную помощь при детских болезнях, способствуя сокращению распространенности инфекционных и неинфекционных заболеваний, улучшению культуры питания, а также услуги по планированию семьи; при этом сокращаются издержки

на финансирование такой помощи (70). В условиях дефицита ресурсов медицинские работники на уровне сообществ способствуют снижению материнской, младенческой и детской смертности (71). Опыт реализации подобных программ на протяжении более чем 50 лет показывает, что данная работа должна быть оплачиваемой, а не добровольной. При этом медицинские работники должны иметь конкретный, но не слишком широкий круг обязанностей, проходить обучение, повышать квалификацию, работать под постоянным контролем, участвовать в работе специалистов первичной медико-санитарной помощи, а также в циклах обратной связи (72).

Рисунок 4.1 Плотность и распределение квалифицированных медицинских кадров по регионам ВОЗ, 2005-2016 гг.



Источник: Глобальная обсерватория здравоохранения (34).

Наличие кадров необязательно гарантирует качественную помощь. Медицинские работники могут уделять мало времени пациентам, ставить ошибочные диагнозы или назначать неправильное лечение (73). Врачи в сельских клиниках южного Китая проводят с пациентом всего 1,6 минуты в среднем и задают только 18% основных вопросов. Полностью верный диагноз был поставлен только на одной из четырех консультаций (44).

Помимо количества медицинских работников, к другим важным аспектам относятся:

- **доступность**, т.е. насколько легко людям попасть на прием или переговорить с медицинским специалистом, обладающим необходимыми навыками, лично или по видео-или телефонной связи;

- **приемлемость**, т.е. чувствуют ли люди, что к ним отнеслись с уважением и что их мнение было принято во внимание при принятии решений в отношении их здоровья;
- **качество**, т.е. знания, навыки и отношение медицинских работников в соответствии с принятыми нормами с точки зрения пользователей услуг;
- **наличие специалистов разного профиля и командная работа**, т.е. группа медицинских специалистов (или, в некоторых случаях, непрофессиональных работников) в совокупности обладают знаниями и навыками, которые позволяют регулировать тенденции смертности и заболеваемости на местном уровне;
- **благоприятная среда**, т.е. физические, законодательные, финансовые, организационные, политические и культурные условия, которые способствуют оказанию высококачественной помощи.

Первым шагом в создании высококачественного кадрового состава с необходимым набором специализации и квалификации должна быть разработка комплексной национальной стратегии развития кадров, которая была бы направлена на устранение дефицита специалистов и обеспечивала бы их надлежащее распределение и удержание как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективе. Стратегии развития кадров здравоохранения не должны предусматривать переманивание квалифицированных сотрудников из систем здравоохранения других стран. Могут потребоваться годы, чтобы политика развития кадрового потенциала начала приносить плоды. Наиболее эффективное и устойчивое решение проблемы дефицита медицинских кадров в сельских районах – обучение студентов, которые сами являются выходцами из сельских сообществ, в т.ч. создание медицинских школ в удаленных районах.

Обновление учебных планов для подготовки медицинских специалистов, чтобы они приобрели основные медицинские и сестринские компетенции, – очевидная отправная точка. Однако для многих стран это остается проблемой (Вставка 4.1) (74). Еще одним приоритетом является непрерывное повышение квалификации, чтобы медицинские работники самых разных специализаций могли постоянно поддерживать и улучшать свои знания и навыки. Непрерывное повышение квалификации и даже периодическая аттестация становятся обязательным требованием во многих системах здравоохранения. Даже если непрерывное повышение квалификации не практикуется, лица, формирующие политику, могут работать с профессиональными ассоциациями, чтобы стимулировать внедрение данной практики и оценивать ее результаты (75). Наконец, для формирования компетентных кадров, которые могут оказывать высококачественные услуги здравоохранения, жизненно важно внедрять принципы качества и повышения качества в учебные планы и программы подготовки и повышения квалификации медицинских работников.

Вставка 4.1 **Пример из практики: обучение и повышение квалификации специалистов в районах Филиппин, недостаточно обеспеченных услугами здравоохранения**

Две медицинские школы на Филиппинах занимаются привлечением, обучением и трудоустройством студентов в районах страны, недостаточно обеспеченных услугами здравоохранения. Школа медицины Университета Атенео де Замбоанга и Школа медицинских наук Университета Филиппин в Маниле входят в Training for Health Equity Network (THENet). Эта международная сеть медицинских школ считает, что на всех этапах и во всех аспектах медицинского обучения – от местонахождения школы до содержания программы обучения – должны быть учтены потребности сообществ, недостаточно обеспеченных услугами здравоохранения. Кроме того, необходимо привлекать на позиции преподавателей и менторов специалистов-практиков, работающих на уровне сообществ.

...

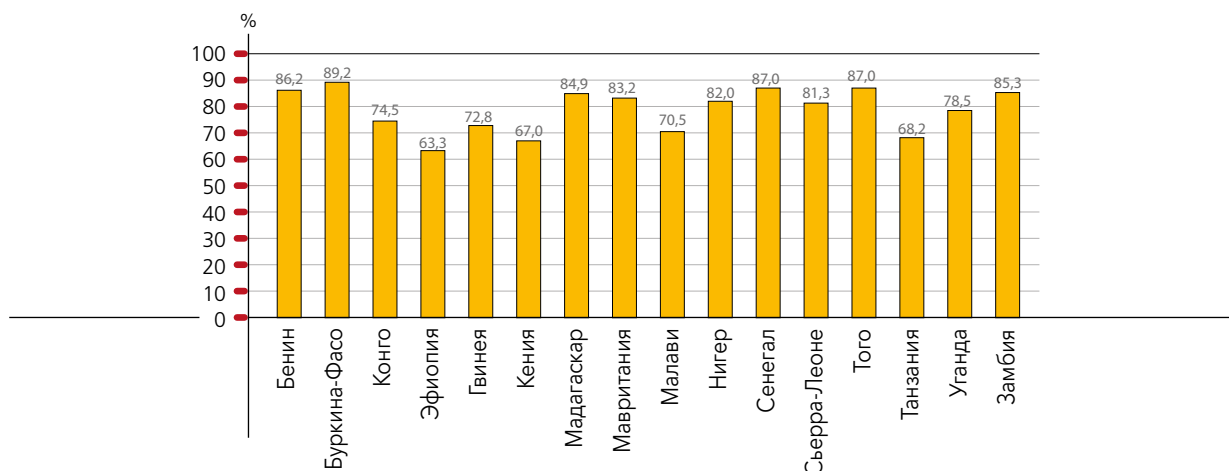
Школа медицины Университета Атенео де Замбоанга открылась в 1994 году в городе Замбоанга на юго-западе самого южного из Филиппинских островов, что дает надежду на расширение доступа к здравоохранению для 3,2 млн человек. Ближайшая школа медицины находилась в 400 км. В то время в 80 из 100 муниципалитетов не было врача. Уровень младенческой смертности и распространенности инфекционных заболеваний в регионе был чрезвычайно высоким. В 2011 году одно из исследований показало, что из 164 выпускников 85% работали в регионе, из них половина – в сельских и удаленных районах; в общей сложности 90% выпускников остались работать на Филиппинах, тогда как общий показатель по стране составил 32%. С 1994 по 2008 годы младенческая смертность в Замбоанга снизилась почти на 90%, что значительно превысило средний показатель по стране – 50%. Школа продолжает принимать абитуриентов из региона и предлагает программу обучения, соответствующую медицинским потребностям местного сообщества.

Источник: Всемирная организация здравоохранения (76); Cristobal and Worley (77).

4.2.2 Доступные и хорошо оборудованные учреждения здравоохранения

Уровень доступности и готовности услуг здравоохранения, в т.ч. концентрация больниц и клиник как в пределах одной страны, так и между странами очень отличаются. Основные услуги здравоохранения могут находиться в пределах нескольких часов езды от бедных сельских сообществ. При этом в странах Африки к югу от Сахары складывается разная ситуация с оснащенностью медицинских учреждений базовым оборудованием. Так, в Эфиопии чуть более половины учреждений здравоохранения располагают простейшими инструментами диагностики, такими как термометры и стетоскопы, тогда как в Буркина-Фасо такие инструменты имеются почти во всех медицинских организациях (Рисунок 4.2). Наличие и готовность услуг для работы – необходимое условие качественной помощи. Однако, как подтверждается в настоящем документе, этого не достаточно для предоставления качественных услуг (78).

Рисунок 4.2 Доступность основного оборудования в учреждениях здравоохранения в странах Африки, расположенных к югу от Сахары



Источник: Инициатива по оценке эффективности первичной медико-санитарной помощи (79).

Качество учреждений здравоохранения оценивается, в первую очередь, по наличию основных условий, таких как доступ к чистой воде, надежность энергоснабжения, канализация и безопасная утилизация мусора. По данным исследования, проведенного в 2014 году, менее четверти учреждений в Нигерии надежно обеспечивались водой и электроэнергией и имели систему канализации. По оценкам ВОЗ, 40 % учреждений здравоохранения в странах с низким и средним уровнем дохода не имели доступа к улучшенным системам водоснабжения, а почти в 20 % из них отсутствовал доступ к канализации. Эти базовые условия обязательны для оказания качественной помощи. Однако наличие необходимой инфраструктуры необязательно способствует предоставлению высококачественной помощи. Необходимо принять и внедрить минимальные стандарты и поощрять постоянные улучшения. Для оценки ответственности учреждений здравоохранения установленным стандартам широко используются аккредитация, инспекции и другие формы внешней оценки и сертификации. Однако данные разовой внешней оценки нельзя считать убедительными (80, 81). Соответственно, системы здравоохранения все активнее переходят к более системной формативной оценке показателей деятельности поставщиков, включая оценку результатов в отношении здоровья пациентов и их опыта (15).

4.2.3 Безопасные лекарства, устройства и технологии

Одним из базовых условий эффективности услуг здравоохранения является надежный доступ к безопасным и эффективным лекарствам, устройствам и технологиям, включая технологии переливания крови. Для обеспечения безопасности пациентов крайне важно активно ограничивать использование небезопасных или неэффективных продуктов. Доступ к лекарствам и другим технологиям улучшился, как и минимальные стандарты качества, но уровень снабжения основными лекарствами и технологиями существенно отличается. Ситуация усугубляется широкой распространенностью контрафактной продукции.

Нормы регулирования в государствах сильно отличаются. Так, в некоторых странах можно купить антибиотики без назначения врача, что способствует росту их потребления без необходимости, равно как и росту устойчивости к противомикробным препаратам (82). Даже в тех случаях, когда потребление лекарств регулируется надлежащим образом, в каждом десятом случае назначение ошибочно, главным образом, в дозировке (83). Согласно одному из докладов, только 30-40 % пациентов в странах с развивающейся или переходной экономикой получают лекарственное лечение в соответствии с руководствами по клинической практике (84). Роль пациентов в повышении эффективности и безопасности использования лекарств и медицинских устройств также очень важна. Системы здравоохранения обычно уделяют недостаточное внимание информированию и поддержке пациентов в использовании лекарств. На втором Глобальном министерском саммите по безопасности пациентов, прошедшем в Бонне, Германия, в марте 2017 года, была поставлена Третья глобальная задача в рамках Программы ВОЗ по обеспечению безопасности пациентов «Лекарства без вреда», целью которой является сокращение предотвратимого тяжелого вреда, связанного с потреблением лекарств, на 50 % во всем мире в течение следующих 5 лет.

Медицинское оборудование требует технического обслуживания, обучения пользователей, дополнительной поддержки и, в конечном счете, вывода из эксплуатации. Передача оборудования в дар – практика, которая имеет большое значение для некоторых стран с низким уровнем дохода, – вызывает определенные вопросы. В отсутствие запасных частей, расходных материалов и обучения персонала такое оборудование может оказаться непригодным для использования или небезопасным. В трех из десяти стран отсутствует национальный орган, который контролировал бы использование медицинских технологий (85). Особый вопрос представляет собой переливание крови. Во многих странах

с низким уровнем дохода отсутствует возможность проверки крови на ВИЧ, гепатит В, гепатит С и сифилис. Таким образом, реципиенты крови подвергаются неприемлемому риску заражения трансмиссивными инфекциями.

Национальная политика в области регулирования лекарств и медицинских устройств обеспечивает использование продукции проверенного качества в необходимом количестве и по доступным ценам. Стандартизированные процессы оценки медицинских технологий рассмотрены в следующей главе. Обеспечению качества и безопасности в данной сфере могут способствовать системы регулирования, устанавливающие порядок разработки, реализации, использования и утилизации лекарств и медицинского оборудования. Правильному использованию лекарств и оборудования могут способствовать руководства и контрольные перечни. Помимо этого, необходимы системы контроля правильного использования, при помощи которых отслеживаются несчастные случаи и побочные реакции. Добровольное безвозмездное донорство крови повышает запасы донорской крови и ее безопасность. Если бы все системы здравоохранения внедрили данный способ донорства крови, безопасность пациентов можно было бы улучшить коренным образом (86). Внешняя оценка качества при сборе, подготовке и введении продуктов крови позволяет снизить риски, связанные с переливанием крови.

4.2.4 Информационные системы для постоянного мониторинга и повышения качества помощи

Разработка своевременных и точных показателей качества услуг здравоохранения, опыта пользователей и достигнутых результатов остается проблемой, учитывая, как мало тратят государства и донорские организации на системы информации здравоохранения. Большинство систем здравоохранения ОЭСР инвестируют только 2-4% от общей суммы расходов на здравоохранение в информационные системы. В большинстве стран с низким и средним уровнем дохода этот показатель составляет менее 1% (87). В результате данные о результатах и качестве часто не отслеживаются вообще либо собираются такими способами, которые не предусматривают возможность их анализа или сопоставления по причине отсутствия стандартизированной терминологии. Даже в тех случаях, когда сбор данных осуществляется, серьезной задачей остается преобразование таких данных в информацию, которую можно использовать для целей повышения качества.

При этом качественная информация о показателях деятельности имеет большое значение для повышения качества помощи. В ходе проекта «Результативность, Производительность и Эффективность Европейского Здравоохранения» (EuroHOPE) было установлено, что показатели выживаемости после сердечного приступа в рамках одной национальной системы здравоохранения могут отличаться в два раза (88). Чтобы больницы и клиники имели возможность предлагать помощь на едином для всех высоком уровне, необходимо обеспечить сбор, интерпретацию и использование больших объемов сравнительных данных по расхождениям в качестве и результатах оказываемой помощи. Это будет способствовать распространению передовой практики и поддержке поставщиков, демонстрирующих низкие показатели. Помимо EuroHOPE, примерами разработки подобных планов по обеспечению качества данных на мировом уровне являются проект Европейского сотрудничества в области оптимизации здравоохранения (89) и Проект по разработке системы показателей качества медицинской помощи ОЭСР (35) (Вставка 4.2).

Вставка 4.2 Пример из практики: Проект по разработке системы показателей качества медицинской помощи ОЭСР

Реализация Проекта по разработке системы показателей качества медицинской помощи ОЭСР началась в 2001 году с целью разработать международные сравнительные показатели качества медицинской помощи и таким образом выявить передовые практики в области мониторинга, обеспечения и повышения качества. В проекте участвуют специалисты из стран ОЭСР и других государств, международных организаций, включая ВОЗ, Европейской Комиссии и научно-исследовательских институтов.

Собрано около 50 индикаторов (касающихся первичной помощи, стационарной помощи, услуг психиатрии, безопасности пациентов и опыта пациентов) по приблизительно 40 странам. Сравнительные индикаторы качества медицинской помощи в целях облегчения их интерпретации публикуются параллельно с другими статистическими данными ОЭСР по расходам, ресурсам и использованию услуг здравоохранения.

Помимо регулярного сбора данных, постоянно ведется исследовательская работа в целях повышения валидности, полезности и сопоставимости индикаторов качества медицинской помощи. Еще одна цель проекта - усилить национальную информационную инфраструктуру, с тем чтобы формировать более комплексные и надежные индикаторы в большем количестве стран, включая государства, не являющиеся членами ОЭСР.

Источник: ОЭСР (35).

Очень часто данные хранятся в плохо организованных системах на бумажных носителях или в цифровых массивах, не обеспечивающих возможность их сопоставления. Своевременное и надлежащее *использование информации и принятие мер* на ее основе имеют жизненно важное значение. Для решения этой задачи создано Сотрудничество в области медицинской информации - глобальная инициатива ВОЗ, Всемирного банка и Агентства США по международному развитию (ЮСАИД). Через сотрудничество с международными организациями и отдельными странами данная инициатива ставит своей целью гармонизировать процессы сбора данных систем здравоохранения и их представления в виде отчетности на мировом уровне, а также усовершенствовать процессы отслеживания показателей результативности систем здравоохранения и прогресса в достижении ЦУР в области здравоохранения (90). Аналогичным образом Инициатива по оценке эффективности первичной медико-санитарной помощи (79) направлена на распространение сравнительных результатов деятельности систем первичной медико-санитарной помощи в мировом масштабе и повышение показателей результативности через продвижение передовой практики.

Необходима надежная регистрация всей базовой информации о случаях рождения и смерти. Эффективная система регистрации актов гражданского состояния - основа информационной инфраструктуры системы здравоохранения. На этой основе можно создавать реестры, которые позволят отслеживать потребности, мероприятия и результаты для определенных групп пациентов (например, больных ВИЧ, раком или психическими заболеваниями).

Система регистрации актов гражданского состояния предусматривает присвоение уникального индивидуального идентификационного номера каждому лицу. Это позволяет собирать данные от разных поставщиков с течением времени и отслеживать результативность услуг здравоохранения. Если законодательство об охране частной жизни запрещает сбор данных

об опыте получения тем или иным лицом услуг здравоохранения на анонимной основе из разных мест и в разное время, оценить весь маршрут оказания помощи пациенту не представляется возможным (Вставка 4.3).

Вставка 4.3 Пример из практики: совершенствование системы регистрации актов гражданского состояния и демографической статистики в Уганде

В национальной системе регистрации актов гражданского состояния и демографической статистики Уганды регистрировался только один из пяти случаев рождения при ежегодном уровне рождаемости 1,5 млн детей. Семьям часто приходилось проезжать длинные расстояния, чтобы лично зарегистрировать родившегося ребенка; при этом регистрация была платной. Из-за того, что регистрация велась в бумажном виде, выдача свидетельств о рождении часто задерживалась. При этом более чем в 50% зарегистрированных случаев свидетельства о рождении не были получены.

Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) и Uganda Telecom внедрили мобильную систему демографического учета, при помощи которой пользователи мобильных телефонов и компьютеры больниц соединяются с центральным государственным сервером. В случае рождения детей за пределами учреждений здравоохранения волонтеры (обычно главы сел) собирают и отправляют информацию о рождении в государственную базу данных, используя бесплатный сервис на мобильном телефоне. Информация проверяется госслужащими на предмет достоверности, после чего выдается свидетельство о рождении. Представитель сообщества (волонтер) уведомляется через SMS. Внедрение мобильной системы демографического учета способствовало значительному увеличению регистрации случаев рождения и расширению программы. Сейчас она внедряется в школах с целью охватить детей, которые не были зарегистрированы ранее.

Источник: UNICEF (92).

Во многих системах здравоохранения управление информацией остается неэффективным. Использование персональных медицинских данных в целях мониторинга и повышения результативности услуг здравоохранения служит важной общественной цели, но при этом всегда должна быть обеспечена защита частной информации. Необходимо национальное законодательство о защите частной информации пациента, разрешающее в то же время использовать данные и обеспечивающее эффективное взаимодействие с общественностью по вопросу использования данных, а также - на глобальном уровне - внедрение стандартов, направленных на повышение качества и сопоставимости данных (91).

Переход от бумажных медицинских карт к уникальным электронным, которые можно использовать в разных учреждениях здравоохранения, будет способствовать мониторингу результативности услуг здравоохранения. Не меньшее значение будет иметь помощь в интерпретации врачами, руководящими работниками и лицами, формирующими политику, данных об услугах и их использовании для целей повышения качества.

Для повышения безопасности пациентов требуются особые меры. Обязательным условием является повышение прозрачности в случаях, когда допускаются ошибки, в т.ч. создание

культуры обучения на опыте и отказа от поиска виновных. Это возможно в том случае, если анализ будет направлен на выявление *причин нежелательных явлений* посредством исследования множества причинных и сопутствующих факторов, которые приводят к ошибкам, некоторые из которых могут повлечь причинение значительного вреда пациентам. Согласование на международном уровне стандартизированной терминологии также будет способствовать расширению возможностей классификации, сопоставления и предотвращения нежелательных явлений в разных системах здравоохранения.

Наконец, в 2017 году министры здравоохранения стран ОЭСР договорились о внедрении нового поколения индикаторов результативности на основе опыта, полученного пациентами, которые будут использоваться для сопоставления систем здравоохранения этих стран (30). Более совершенные системы информации здравоохранения предусматривают опрос пациентов напрямую, мониторинг и сравнение их ответов о качестве полученной помощи и контроль их показателей здоровья (93). Данная стратегия – важное достижение, которое будет способствовать переходу от систем показателей, ориентированных на поставщиков медико-санитарной помощи, к системам, по-настоящему ориентированным на людей, в которых показатели описывают опыт пациентов и достигнутые с их точки зрения результаты (94).

4.2.5 Механизмы финансирования, способствующие повышению качества помощи

Способы сбора, формирования и использования денежных ресурсов для оплаты услуг здравоохранения могут иметь значительные последствия для качества и результативности помощи, и это неудивительно. Во-первых, имеются убедительные данные, что денежные ресурсы должны быть сформированы до того, как наступит необходимость в оказании помощи, посредством систем обязательного страхования (предусматривающих субсидирование вкладов тех, кто не может позволить себе такое страхование). Если же люди вынуждены оплачивать помощь самостоятельно в момент, когда она становится необходимой, может оказаться, что они не смогут получить необходимые услуги, в результате чего их состояние здоровья ухудшится, либо же расходы, связанные с получением медицинской помощи, повлекут катастрофическое снижение уровня их благосостояния (65).

Не менее важно, как организован процесс выделения страховщиками денежных средств медицинским учреждениям в связи с приобретением или возмещением стоимости их услуг. Для этих целей существует несколько механизмов: плата за оказанные услуги, плата из расчета на одного пациента или фиксированный годовой бюджет (который переводится больницам или клиникам на основе предыдущих или прогнозируемых данных о расходах). Каждый из вариантов имеет свои сильные и слабые стороны в том, поощряет ли он деятельность или достигнутые результаты и стимулирует ли профилактику вместо реагирования. Единственно верного решения не существует, и на практике обычно используется комбинация разных механизмов. При этом в контексте качества помощи важно, чтобы такая комбинация была разумной, максимально соответствовала потребностям местного населения, способствовала координации помощи для лиц с комплексными потребностями, обеспечивала необходимые инвестиции в первичную помощь и профилактику, поощряла качественную помощь и предусматривала взыскания в случаях, когда помощь не соответствует минимальным стандартам. Соответственно, системы здравоохранения все активнее разрабатывают механизмы, которые оплачивали бы пакеты или маршруты помощи, и опробуют системы оплаты услуг в зависимости от уровня их качества.

Одна из таких инноваций, применяемых в странах как с высоким, так и с низким уровнем дохода, – система оплаты по результатам работы (P4P) или финансирование на основе результатов. Тщательно разработанные и часто ограниченные во времени программы предусматривают выплату вознаграждения поставщикам медико-санитарной помощи за проведение конкретных высокоприоритетных мероприятий. Почти две трети стран ОЭСР внедрили как минимум одну систему оплаты по результатам работы, главным образом, на уровне первичной помощи. Систематические исследования предварительно демонстрируют положи-

тельные результаты программ оплаты по результатам работы и финансирования на основе результатов в области качества в странах ОЭСР (93). Показатели программ финансирования на основе результатов в странах с низким уровнем дохода различаются. В частности, в области повышения качества, особенно для нецелевых состояний, достигнуты достаточно скромные улучшения. В целом, инновации в системах оплаты также могут нести стабильные сопутствующие выгоды, например, такие, как совершенствование протоколов медико-санитарной помощи, расширение сотрудничества между поставщиками и улучшение систем информации о потребностях в услугах здравоохранения, видах деятельности, результатах и затратах.

4.3 КАЧЕСТВО ПОМОЩИ КАК ОСНОВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ОРИЕНТИРОВАННОГО НА НУЖДЫ ЛЮДЕЙ

В контексте обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения в соответствии с планами государства необходимо рассмотреть три основных принципа организации данного процесса. Во-первых, услуги должны быть организованы таким образом, чтобы они отвечали потребностям местного населения в области здравоохранения. Многим системам здравоохранения недостает ориентированности на проблемы здоровья населения, хотя необходимость в этом кажется очевидной. Существующие сети услуг здравоохранения часто являются продуктом исторического наследия или результатом политического лоббирования или нестабильного донорского финансирования. Местные сообщества могут не принимать никакого прямого участия в организации помощи, которая будет им оказываться. Многие страны с низким и средним уровнем дохода сталкиваются с тяжелым бременем инфекционных заболеваний, и это значит, что их системам нужны сильные компоненты системы общественного здоровья в области контроля, лабораторных исследований и текущей иммунизации. Они также могут получать существенную донорскую помощь в виде программных грантов в целях контроля или искоренения тех или иных заболеваний. Вместе с тем, в тех же странах растет бремя неинфекционных заболеваний, которое обуславливает необходимость в услугах, обеспечивающих оказание людям персонализированной активной помощи в ведении их состояний, предотвращении осложнений и повышении качества жизни (Вставка 4.4).

Вставка 4.4 Пример из практики: неудовлетворенные потребности в медико-санитарной помощи при хронических заболеваниях

Гипертензия или повышенное кровяное давление – одна из самых частых и критических причин преждевременной смерти и инвалидности во всем мире. В отсутствие лечения гипертензия ведет к почечной болезни, ишемической болезни сердца и инсульту (два последних состояния являются ведущими причинами смерти в мире). По мировой статистике, гипертензией страдает каждый третий взрослый в возрасте старше 20 лет. При этом распространенность заболевания в странах с низким и средним уровнем дохода выше, чем в странах с высоким уровнем дохода (стандартизированная по возрасту распространенность составляет 31,5% и 28,5% соответственно). Из примерно 1,5 млрд больных гипертензией менее половины знают о своем состоянии, только 36,9% получают необходимое лечение и всего у 13,8% эффективно контролируется кровяное давление. Уровень осведомленности и лечения в значительной степени обусловлен уровнем дохода страны: в странах с высоким уровнем дохода показатели диагностики и лечения в два раза выше, чем в странах с низким и средним уровнем дохода, а процент пациентов, у которых контролируется кровяное давление, выше в четыре раза.

Источник: Mills et al. (96).

В ходе недавнего исследования было проанализировано 22 инициативы по укреплению первичной медико-санитарной помощи в 10 округах Китая, а также в 12 странах на национальном и субнациональном уровне. В результате определены 8 основных принципов высокоэффективной системы первичной медико-санитарной помощи: первичная медико-санитарная помощь как первый уровень контакта для большинства медицинских потребностей; функционирующие многопрофильные медико-санитарные бригады; вертикальная интеграция услуг; горизонтальная интеграция услуг; передовые информационно-коммуникационные технологии; интегрированные клинические маршруты и функционирующие системы двойных направлений; стандарты оценки и обратная связь; а также сертификация (95).

Второй основной принцип организации – развитие высококачественных услуг первичной помощи (97). Первая точка контакта с системой здравоохранения, как и регулярная точка входа в систему здравоохранения должны быть постоянны и должны обеспечивать комплексный подход (Вставка 4.5). На уровне функций контроля и координации в системе первичной помощи должны приниматься во внимание все вопросы физического и психического здоровья пациентов без исключения. Если отдельные лица и семьи, относящиеся к тому или иному сообществу по географическому (или иному установленному) признаку, официально прикреплены к конкретному поставщику первичной помощи, это позволяет составлять профили здоровья сообществ, а также отслеживать потребности и процессы оказания профилактической помощи. Прикрепление населения также позволяет создать структуру для оказания активной помощи лицам с хроническими состояниями. Первичная помощь также имеет важнейшее значение для обеспечения устойчивости системы здравоохранения, отслеживания инфекционных заболеваний и других факторов опасности и оказания помощи непосредственно на уровне работы с населением в случае вспышек заболеваний.

В-третьих, порядок взаимодействия с пациентами, родственниками и сообществами должен быть встроен в систему здравоохранения на этапе ее создания, а не задуман впоследствии. Так, обзор рандомизированных контрольных исследований программ интегрированной помощи для ослабленных пожилых людей показал, что наиболее эффективными программами являются те, в которых пожилые люди непосредственно участвуют в планировании помощи (98, 99).

Если группы пациентов привлекаются к коллективной работе, они получают значительные преимущества от поддержки других пациентов с аналогичными медицинскими проблемами. Это хорошо иллюстрирует программа ВОЗ «Пациенты за безопасность пациентов». Благодаря программе создана глобальная сеть представителей пациентов, которая работает над укреплением взаимодействия между пациентами, родственниками, сообществами, поставщиками медико-санитарной помощи и лицами, формирующими политику, в целях повышения безопасности медико-санитарной помощи через анализ мнений и опыта пациентов (100).

Вставка 4.5 Пример из практики: первичная помощь в Коста-Рике

В Коста-Рике инновационный сектор первичной помощи является прочной основой для остальной системы медико-санитарной помощи. Функциональными единицами системы первичной помощи являются клиники на уровне сообществ или команды интегрированной медико-санитарной помощи (*equipos básicos de atención integral de salud, EBAIS*). Каждая команда EBAIS обслуживает около 1 000 домохозяйств и включает как минимум одного врача, одну медсестру и одного ассистента. Клинику могут поддерживать и другие специалисты, например социальные работники, стоматологи, лабораторные техники, фармацевты и нутрициологи.

В дополнение к EBAIS недавно были созданы центры интегрированной медико-санитарной помощи (*centros de atención integral en salud, CAIS*). Они предлагают

...

расширенную модель первичной помощи, в т.ч. услуги по охране здоровья матери и ребенка, услуги промежуточных стационаров (во избежание госпитализации или в целях ускорения выписки), несложные хирургические вмешательства, услуги реабилитации, специализированные услуги (например, ведение болевых синдромов) и услуги диагностики (например, радиография).

Оценка работы местных органов здравоохранения производится в соответствии с подробным планом оценки результативности первичной помощи, который включает 30 индикаторов, характеризующих доступ, непрерывность, эффективность, рациональность оказываемой помощи, удовлетворенность пациентов и организационные компетенции. Для каждого индикатора установлен целевой показатель на национальном уровне. Публикации результатов, достигнутых на локальном уровне, позволяют поставщикам сравнивать свои показатели с целевыми национальными, региональными и локальными показателями.

Согласно национальной статистике, в 80% случаев пациенты, обратившиеся за первичной помощью, получают помощь на этом уровне без направления на вторичный уровень. Существуют инструкции по направлению больных на следующий уровень помощи, и в случае невыполнения определенных шагов на первичном уровне направления в стационары отклоняются. Врачи стационаров также обучают коллег из EBASIS, чтобы повысить эффективность управления системой первичной помощи.

Источник: ОЭСР (21).

В более широком контексте сотрудничество с неправительственными организациями, группами, представляющими сообщества, и организациями, представляющими пациентов, также может нести значительные выгоды. Во многих странах с низким и средним уровнем дохода активно развиваются общественные организации, которые занимаются вопросами здравоохранения (Вставка 4.6). Помимо консультаций и поддержки, эти группы помогают людям заявить свое право на высококачественную помощь. Lavegack (101) в обзоре литературы рассматривает, как вовлечение сообществ способствует укреплению систем здравоохранения, в т.ч. посредством укрепления социальных сетей, развития навыков на местном уровне (например, лидерство, мобилизация ресурсов) или просто поиска ответа на вопросы «почему» и «зачем».

Вставка 4.6 Пример из практики: проект Citizen Voice and Action в Уганде

Расширение полномочий сообществ посредством обучения – важный шаг в обеспечении их взаимодействия с поставщиками медико-санитарной помощи. Так, например, проект Citizen Voice and Action (20) дает гражданам возможность узнать, каким количеством медицинского персонала, вакцин, оборудования и материалов должны располагать местные центры здравоохранения. После этого представители сообществ совместно с медицинскими работниками и местными органами управления оценивают соответствие учреждения государственным стандартам.

Также при помощи специальной ведомости они могут оценить работу учреждения по установленным критериям и организовать совещания с представителями гражданского общества, государственных органов и поставщиков услуг. На таких совещаниях все заинтересованные стороны могут проанализировать полученные данные и согласовать план действий по улучшению услуг.

...

Проект Citizen Voice and Action был успешно внедрен в Уганде в 2004 году в ответ на негативные отзывы о качестве первичной медико-санитарной помощи. Главной целью данной инициативы было повысить ответственность поставщика перед обслуживаемым населением через внедрение процесса – с привлечением в качестве посредников обученных организаций, работающих на уровне сообществ, – которым сообщества могли бы самостоятельно управлять в дальнейшем. Через год среднее время ожидания в учреждениях здравоохранения в деревнях, где стартовал проект, сократилось в сравнении с другими деревнями на 12 минут, а количество прогулов – на 13%. Кроме того, реализация проекта в целевых деревнях способствовала снижению смертности среди детей в возрасте до 5 лет на 33%, увеличению количества родов с квалифицированной акушерской помощью на 58% и увеличению количества пациенток, обращающихся за дородовой помощью, на 19%. Улучшения сохранялись на протяжении 4 лет после начала проекта.

4.4 ВИДЕНИЕ: СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ОРИЕНТИРОВАННЫЕ НА НУЖДЫ ЛЮДЕЙ

Как будущая мать, страдающая от повышенного кровяного давления, так и пожилой человек, больной диабетом, артритом и страдающий от потери слуха, нуждаются в ряде эффективных услуг не только на уровне официальной системы здравоохранения, но и на уровне сообщества, куда они вернутся, чтобы жить и работать. Молодой человек, больной шизофренией, нуждается в тщательно скоординированной психиатрической помощи, но, кроме того, сталкивается с целым рядом хронических физических ограничений, из-за которых продолжительность жизни больных тяжелыми психическими заболеваниями может сократиться на 25 лет. Для оказания комплексной медико-санитарной помощи необходимы системы, которые могут организовать весь маршрут пациента (укрепление здоровья, профилактика заболевания, диагностика, лечение, ведение заболеваний, реабилитация и паллиативная помощь) последовательным, эффективным и безопасным образом, который будет оценен пациентами и их родственниками.

Организация эффективного управления системами здравоохранения связана с выполнением ряда задач, в т.ч. следующих: стратегический контроль целей и приоритетов; генерирование информации и проведение анализа, позволяющих отследить достижение целей; разработка правил, политики и процессов, обеспечивающих развитие системы в нужном направлении; создание и укрепление сотрудничества в системе здравоохранения и за ее пределами.

Закрепление в национальном законодательстве права на получение медико-санитарной помощи соответственно потребностям – важный шаг в обеспечении всеобщего охвата услугами здравоохранения. Опыт показывает, что обязательства, принятые *de jure*, часто не выливаются в расширение доступа к качественной помощи *de facto*. Еще один важный шаг в этой связи – учреждение национального органа, ответственного за мониторинг и повышение качества. В идеале такой орган должен не зависеть от страховщиков и поставщиков медицинских услуг, но должен быть уполномочен собирать, анализировать и публиковать данные о качестве и результатах работы системы здравоохранения. Он также может распространять информацию об успешном опыте отдельных поставщиков и помогать поставщикам, демонстрирующим низкие показатели, в устранении причин таких расхождений.

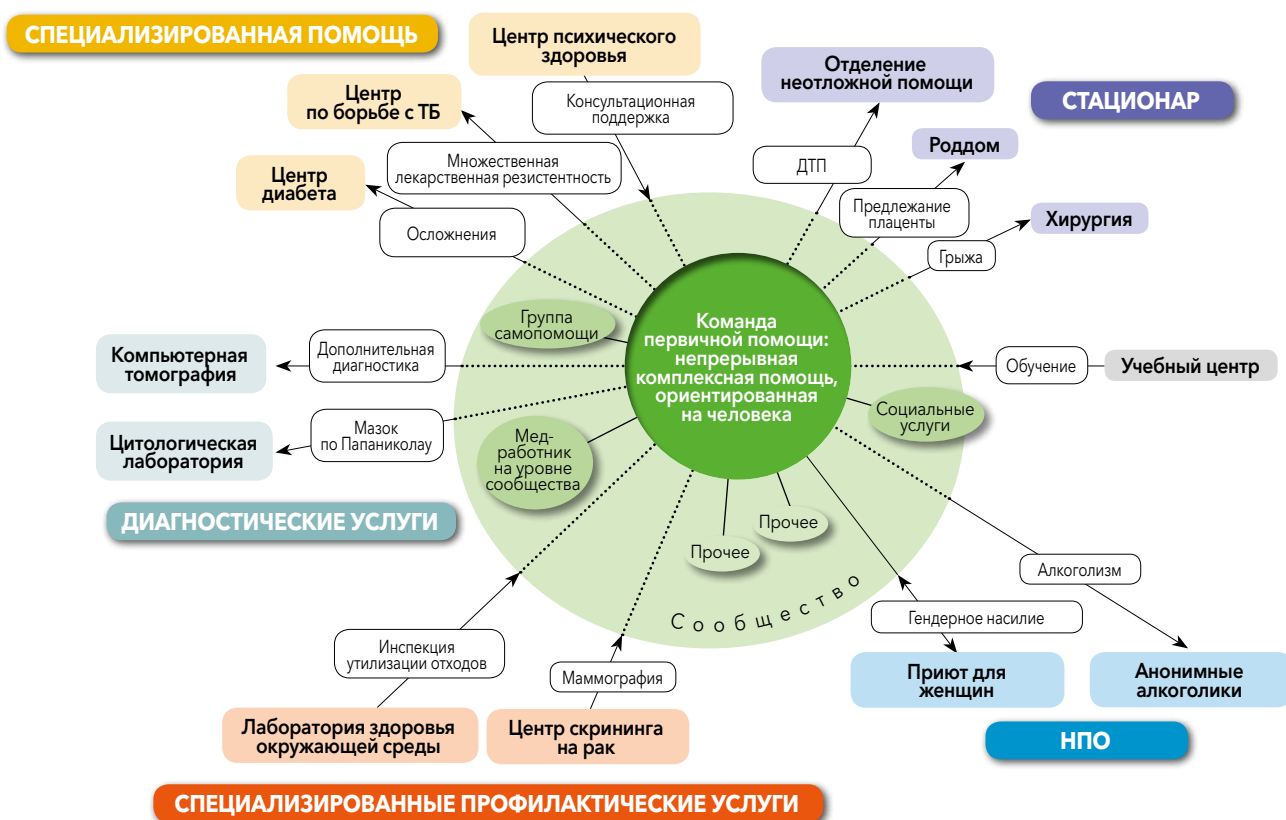


Ориентированность на людей подразумевает, что системы здравоохранения обеспечивают:

- **непрерывность** оказания помощи от профилактики до паллиатива, между службами (например, интенсивная терапия и радиология), а также между уровнями помощи (от первичной до специализированной) на протяжении всей жизни;
- **координацию** между различными уровнями и учреждениями помощи таким образом, который будет отвечать конкретным потребностям отдельных людей и ухаживающих за ними лиц;
- **комплексность**, т.е. расширение видов помощи – от укрепления здоровья до паллиатива, – которую могут получить отдельные лица и сообщества.

Часто системы здравоохранения не могут оказывать помощь, ориентированную на людей, потому что уделяют слишком много внимания лечению заболеваний вместо профилактики и укрепления здоровья и благополучия. В связи с инвестициями и концентрацией ресурсов приоритет в системе отдается специализированной помощи. Система первичной помощи может выступать посредником между сообществом с его потребностями и системой здравоохранения, т.е. выполнять расширенную роль координатора, которая необходима для оказания лично-ориентированной помощи (Рисунок 4.3). Важный способ сохранить ориентированность помощи на людей и обеспечить баланс первичных и вторичных услуг – это публикация регулярных отчетов о результативности системы здравоохранения в целом.

Рисунок 4.3 **Первичная помощь как координационный узел**
Взаимодействие с обслуживаемым населением и внешними партнерами



Источник: Всемирная организация здравоохранения (102).

Помощь, ориентированная на нужды людей, – критически важная точка входа в систему здравоохранения, через которую возможно повышение качества услуг. Благодаря ей пациенты вовлекаются в принятие решений, касающихся оказываемой им помощи, и имеют возможность высказать свое мнение о ее результатах. Она дает возможность проанализировать расхождения в показателях здоровья населения, обслуживаемого разными поставщиками, и способствует росту инвестиций в развитие единых систем электронного учета. Кроме того, она обеспечивает прозрачность и возможность изучения опыта в случаях, когда допускаются ошибки при оказании помощи, и способствует принятию множества других мер по повышению качества медико-санитарной помощи. Как утверждает специалист по качеству медико-санитарной помощи Donald Berwick: «Ориентированность на нужды людей – это не просто один из аспектов качества медико-санитарной помощи, но ключ ко всем ее характеристикам» (16).

Механизм комплексного, ориентированного на людей медицинского обслуживания, принятый подавляющим большинством голосов Государств-членов на Всемирной ассамблее здравоохранения в мае 2016 года, предлагает убедительное видение, в котором «все люди имеют равный доступ к качественным услугам здравоохранения, которые производятся совместно таким образом, который обеспечивает удовлетворение их потребностей на протяжении всей жизни». Данный механизм призывает к координации услуг на протяжении всего цикла оказания помощи и к созданию поддерживающей среды, которая будет помогать сторонам, оказывающим помощь, практиковать навыки и использовать ресурсы, в которых они нуждаются. Механизм предлагает пять взаимосвязанных стратегических направлений (Рисунок 4.4) переориентирования услуг и систем здравоохранения в целях реализации данного видения (103).

Рисунок 4.4 Пять стратегий оказания услуг, ориентированных на нужды людей



4.5 ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Качество может встроено в основы систем здравоохранения независимо от того, какой прогресс достигнут той или иной системой в достижении всеобщего охвата услугами здравоохранения. На всех этапах развития подход к медицинским работникам, учреждениям здравоохранения, лекарствам, устройствам и другим технологиям, информационным системам и финансированию должен быть ориентирован на качество. Первоочередной задачей планирования и политики должно быть создание основ качественных систем здравоохранения. Но для достижения этой цели необходимо срочно активизировать работу. Системы здравоохранения должны отказаться от вертикальной иерархии в пользу горизонтальных маршрутов и сетей, основанных на сотрудничестве и взаимодействии, в которых отправной

точкой будет первичная помощь, а в центре внимания будут люди. Данная перестройка отношений должна дополняться новыми механизмами подотчетности государственных органов и руководства систем здравоохранения и укрепления доверия со стороны граждан. Во Вставке 4.7 перечислены основные действия, которые можно предпринять, чтобы сделать качество одной из основ системы здравоохранения.

В следующей главе подробнее рассматриваются виды мероприятий, которые можно объединить и реализовать на макро-, мезо- и микроуровнях в целях повышения качества медико-санитарной помощи

Вставка 4.7 Основные действия: качество как одна из основ системы здравоохранения

Чтобы качество стало одной из основ системы здравоохранения в целях достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения, государства, лица, формирующие политику, руководство систем здравоохранения, пациенты и врачи стремятся совместными усилиями:

1. Обеспечивать высокое качество медицинских кадров посредством:

- разработки национальной стратегии по доукомплектованию, перераспределению и сохранению медицинских кадров в краткосрочной и долгосрочной перспективе;
- модернизации программ обучения медико-санитарных работников и интеграции принципов качества и методов повышения качества в программы обучения;
- развития программ непрерывного повышения квалификации и оценки их результатов.

2. Обеспечивать передовое качество во всех учреждениях здравоохранения посредством:

- обеспечения готовности и наличия услуг как обязательного, но недостаточного условия качества помощи;
- внедрения и реализации формативных оценок качества помощи, оказываемой в учреждениях;
- сбора или анализа более широких и подробных данных о расхождениях в показателях качества и результатах различных учреждений, принятия мер на основе выводов в целях распространения передовой практики и оказания поддержки тем учреждениям, которые демонстрируют неудовлетворительные результаты.

3. Обеспечивать безопасное и эффективное использование лекарств, устройств и других технологий посредством:

- разработки национальной политики использования лекарств и устройств гарантированного качества, с поставками в необходимых объемах по доступным ценам и с проведением стандартизированной оценки медицинских технологий;
- разработки руководств, контрольных перечней и систем контроля и наблюдений для обеспечения правильного использования медицинских технологий и мониторинга ошибок, несчастных случаев и побочных реакций;
- внедрения добровольного безвозмездного донорства крови и внешней оценки качества процессов сбора, подготовки и введения продуктов крови.

...

4. Обеспечивать эффективное использование систем информации здравоохранения посредством:

- формирования надежных систем регистрации рождений и смертей и разработки на этой основе национальной системы уникальных идентификационных номеров пациентов в целях мониторинга качества на протяжении маршрутов оказания и получения помощи;
- отказа от бумажных медицинских карт в пользу уникальной электронной медицинской карты, которую могут использовать разные учреждения здравоохранения;
- разработки национальных законодательных актов, которые защищали бы частную жизнь, но при этом обеспечивали возможность использования персональных медицинских данных для исследований и повышения качества;
- поддержки врачебного персонала, руководителей учреждений здравоохранения и лиц, формирующих политику, в сборе и анализе данных о предоставлении услуг в целях повышения их качества и эффективного обсуждения с общественностью способов использования таких данных;
- повышения прозрачности в случаях допущения ошибок через создание культуры изучения опыта, ориентированной на понимание причин, а не поиск и наказание виновных;
- согласования на глобальном уровне стандартов по повышению качества и сопоставимости данных, в частности стандартизированной терминологии для классификации, анализа и предотвращения нежелательных явлений;
- включения оценки конечных показателей здоровья и опыта пациентов в стандартные формы оценки качества работы учреждений здравоохранения.

5. Разрабатывать финансовые механизмы, поддерживающие постоянное повышение качества, посредством:

- сокращения финансирования медицинских расходов на текущей основе и перехода к схемам предоплаты расходов и объединения финансовых средств для большинства случаев финансирования системы здравоохранения через внедрение планов обязательного страхования с субсидированием вкладов тех, кто не может позволить себе такие расходы);
- финансирования поставщиков услуг здравоохранения исходя из медицинских потребностей местного населения, развития координации помощи для лиц с комплексными потребностями и осуществления необходимых инвестиций в первичную помощь;
- полного использования потенциала систем оплаты в целях реализации стабильных сопутствующих выгод, например, таких как совершенствование протоколов медико-санитарной помощи, расширение сотрудничества между поставщиками и улучшение систем информации о потребностях в услугах здравоохранения, видах деятельности, затратах и результатах.



Глава 5 **Понимание мер
по повышению
качества**



5.1 ВВЕДЕНИЕ

Качество – это сложное, многогранное понятие. Для его улучшения необходимо разрабатывать и применять комплекс определенных мер. Понимание этой взаимосвязи очень важно при планировании работы систем здравоохранения. Например, разработка стандартов оказания услуг является частью процесса улучшения качества, но для того чтобы эти стандарты применялись в должном порядке, требуются дополнительные меры, такие как обучение и контроль, мониторинг соответствия и обратная связь с поставщиками медицинских услуг. Сам по себе процесс разработки и внедрения стандартов без таких вспомогательных, связанных между собой мероприятий не дает полноценного результата (104, 105).

В настоящей главе рассматриваются меры, способствующие улучшению качества медицинских услуг, и приводятся доводы в пользу разработки государственной политики и стратегии в области улучшения качества. Анализируются общие задачи, направленные на улучшение качества посредством широкого спектра мероприятий на всех уровнях системы здравоохранения – от государственной политики и законодательных актов до непосредственно предоставления медицинских услуг пациенту. Дается объяснение, как именно различные меры, способствующие изменениям в системе качества, связаны между собой и почему следует избегать одностороннего подхода. Также требуется адаптация этих мероприятий в зависимости от страны, поскольку решения, связанные с реформами в здравоохранении, могут приниматься на региональном и местном уровнях, а также должны учитывать индивидуальные, зависящие от ситуации обстоятельства.

5.2 РЕАЛИЗАЦИЯ МЕР ПО УЛУЧШЕНИЮ КАЧЕСТВА В РАМКАХ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ И СТРАТЕГИИ

Приоритетность разработки, совершенствования и реализации государственной политики и стратегии в области качества растет по мере того, как страны систематически проводят мероприятия по улучшению работы своих систем здравоохранения. Тщательно спланированная государственная политика и стратегия в области качества с применением подхода, основанного на практической реализации, вероятно, является одним из центральных объектов внимания стран в процессе расширения доступа к медицинским услугам, дающим наилучшие из возможных результаты.

Но почему страны стремятся повышать качество за счет государственных мер? У каждой страны своя культура, популяционные потребности и историческое наследие, и все это влияет на функционирование системы здравоохранения. Тем не менее, большинство стран ставит схожие задачи и имеет общее понимание стратегического аспекта сферы здравоохранения. Существует шесть основных общепринятых принципов:

- уверенность, что медицинские услуги с высоким уровнем качества, безопасности и ориентированности на людей являются общим благом и что они должны быть доступны всем гражданам;
- общее понимание, что повышение доступности медицинских услуг без должного внимания к их качеству не даст желаемых результатов в плане показателей здоровья населения;
- понимание, что стратегии повышения эффективности систем здравоохранения должны быть действенными даже тогда, когда финансовая ситуация усложняется;
- необходимость привести в равновесие деятельность государственной и частной медицины в условиях фрагментированности и смешения на рынке медицинских услуг;
- понимание, что качественные медицинские услуги жизненно важны для борьбы с неблагоприятными условиями в контексте государственной и глобальной безопасности общественного здоровья;

- понимание, что качественное управление означает удовлетворение потребностей общества в большей прозрачности в плане стандартов услуг, выбора методов лечения, эффективности и вариативности результатов.

Страны сталкиваются с определенными сложностями при разработке и совершенствовании политики или стратегий в области улучшения качества методом национального консенсуса. Они также должны признавать, что процессы реализации изменений в соответствии с будущим видением повышения эффективности почти всегда будут сдерживаться практическими реалиями, т.е. тем, как и где в данный момент предоставляются медицинские услуги.

Разработка государственной политики в области повышения качества медицинских услуг осуществляется через различные государственные структуры. В некоторых странах данный процесс может включать разработку законодательных актов, учреждающих новые административные и управленческие структуры, внедряющих новые виды обязательных мероприятий (например, регистрация и лицензирование врачей) или формулирующих новые регуляторные механизмы (например, проверки и аккредитация). В связи с этим может возникнуть необходимость в создании подробного документа по государственной политике в области качества. В других ситуациях реализация государственной политики или стратегии в области качества может быть частью стандартного пятилетнего плана работы системы здравоохранения или представлять собой внутренний документ министерства здравоохранения. Не существует единственно правильного способа, но при этом большинство подходов включают в себя одну или несколько следующих составляющих:

- политика в области качества и стратегия реализации как часть официального долгосрочного плана развития сферы здравоохранения;
- отдельный документ, регламентирующий политику в области качества, обычно разрабатываемый в рамках многостороннего процесса под руководством или при поддержке министерства здравоохранения;
- государственная стратегия по реализации мероприятий в области качества с подробным планом действий, которая также включает раздел по важнейшим направлениям политики;
- принятие законов и регулирующих норм с целью поддержки политики и стратегии.

Примеры из практики, приведенные во Вставках 5.1 и 5.2, рассказывают о реализации государственной политики по улучшению качества в сферах здравоохранения Эфиопии и Судана.

Вставка 5.1 **Пример из практики: Эфиопия - государственная стратегия в области качества услуг здравоохранения на 2016–2020 годы**

Эфиопия занимает второе место в Африке по численности населения, которая составляет порядка 100 миллионов человек. Начиная с 1995 года в сфере здравоохранения этой страны проводились серьезные реформы, в частности, осуществлялась реализация стратегии финансирования сектора медицинских услуг. В Плане преобразования системы здравоохранения определены четыре приоритетных направления: обеспечение качественных медицинских услуг по принципу справедливости, внедрение преобразований на районном уровне, усиление работы информационных систем здравоохранения и формирование у персонала сострадательного, уважительного и внимательного отношения к пациентам.

Реализация государственной стратегии Эфиопии в области качества медицинских услуг началась в марте 2016 года. Для ее осуществления директорат по качеству медицинских услуг разработал специальный инструмент повышения качества для проведения клинического аудита отдельных высокоприоритетных медицинских услуг в больницах.

...

По всей стране проводились тренинги по качеству медицинских услуг и методике аудита, в которых приняли участие представители всех больниц. Сегодня система данных по качеству позволяет интегрировать ключевые показатели эффективности в существующие информационные системы управления здравоохранением (106).

В рамках реализации стратегии определены несколько приоритетных направлений, включая следующие: усиление работы государственной рабочей комиссии по качеству под председательством государственного министра; поддержка в создании подразделений по качеству в региональных бюро здравоохранения и медицинских учреждениях; развитие потенциала посредством обучения персонала и профильного наставничества; изучение методов улучшения качества медицинских услуг в учебных заведениях; совершенствование механизмов мониторинга и оценки; создание у населения потребности в качественных услугах с акцентом на уважительное отношение к пациенту. Для осуществления стратегии директорат по качеству услуг здравоохранения разработал специальный инструмент повышения качества для проведения клинического аудита отдельных высокоприоритетных медицинских услуг в больницах.

Вставка 5.2 Пример из практики: Судан - государственная политика и стратегия в области качества услуг здравоохранения

Система здравоохранения в Судане работает по принципу децентрализации, т.е. федеральное правительство отвечает за формирование государственной политики, стратегию и координацию в области здравоохранения, администрации штатов - за планирование и реализацию на уровне штатов, а организации на местах - за предоставление услуг на местном уровне. Главным административным органом является межведомственный государственный совет по координации в сфере здравоохранения.

Не все граждане страны и медицинские работники осознают значение качества в системе медико-санитарной помощи. Несмотря на то, что имеются отдельные исследования в области качества, не существует эффективной системы распространения результатов этих исследований между организациями, в связи с чем решения не всегда принимаются на основе актуальной информации и доказательных данных. Тем не менее, в стране принимаются меры по исправлению этой ситуации. В соответствии с третьим Государственным стратегическим планом сектора здравоохранения в 2017 году разработана Государственная политика и стратегия в области качества услуг здравоохранения на 2017-2020 годы. Данный документ определяет четыре основных направления работы: совершенствование процессов управления и подотчетности, обеспечение соответствия государственным стандартам качества, популяризация принципа ориентированности на потребности людей и уменьшение предотвратимого вреда для пациентов. Отдельный акцент сделан на развитие медицинских кадров посредством обучения в аккредитованных организациях, карьерного планирования, внедрения требований к найму персонала, развития управленческих кадров для системы здравоохранения и внедрения системы оценки эффективности и аудита в целях повышения квалификации персонала. Большое внимание в государственной политике и стратегии в области качества уделяется установлению официальных форм сотрудничества с пациентами и обществом.

Дальнейшие шаги включают совершенствование механизмов координации работы государственной системы здравоохранения, разработку мер по удержанию специалистов, развитие информационных систем управления здравоохранением, внедрение принципов качества на всех уровнях, улучшение безопасности пациентов и инфекционного контроля на уровне штатов и усиление потенциала в сфере управления и реализации мероприятий на всех уровнях.

В идеале стратегия в области качества является связующим звеном между тем, где сейчас находится система здравоохранения, и тем, какого уровня качества страна намерена достичь. Стратегия может ускорить достижение задач и приоритетов здравоохранения за счет применения принципов управления качеством, которые включают в себя процессы планирования, контроля и совершенствования (107). Несмотря на то, что форма и содержание государственной политики для каждой страны будут различаться, следующие восемь составляющих, вероятнее всего, будут иметь место во всех случаях:

- **Государственные задачи и приоритеты в области здравоохранения.** Определение задач и приоритетов поможет правильно распределить ресурсы, чтобы обеспечить удовлетворение наиболее актуальных потребностей населения. Затем в соответствии с ними должны определяться меры по улучшению качества.
- **Определение понятия качества.** Используемое определение качества должно соответствовать внутренним особенностям страны и служить основой при разработке государственных мер. Первостепенное значение имеют использование местного языка и формирование общего понимания.
- **Определение и вовлечение заинтересованных сторон.** Качество определяется совокупностью отдельных компонентов всей системы здравоохранения. Привлечение основных заинтересованных сторон к разработке политики и стратегии позволит учесть широкий спектр факторов, которые способствуют улучшению качества медицинских услуг.
- **Ситуационный анализ: состояние качества.** Текущая ситуация с качеством в любой системе здравоохранения может многое рассказать о приоритетах и проблемных вопросах, необходимых программах и политике, организационных способностях и потенциале, аспектах управления и необходимых ресурсах. Оценка текущего состояния качества позволяет определить ключевые недочеты, которые нуждаются во внимании, и те направления медицинских услуг, которые можно усилить.
- **Методы и мероприятия по внедрению улучшений.** Правильный выбор взаимозависимых мероприятий, реализуемых на всех уровнях системы здравоохранения, позволит улучшить показатели здоровья населения. Эта задача усложняется ограниченностью ресурсов, а также доказательств эффективности, обоснованности и приемлемости.
- **Управление и организационная структура, способствующие повышению качества.** Управление, лидерство и технический потенциал – это факторы улучшения качества, и они должны быть четко регламентированы. Растет количество стран, где на государственном уровне, обычно в структуре министерства здравоохранения, учреждается специальное подразделение, которое взаимодействует с другими государственными органами, занимающимися вопросами повышения качества.
- **Информационные системы управления здравоохранением и системы данных.** Успех мероприятий по улучшению качества зависит от понятности и точности информации по показателям эффективности. Для успешной реализации государственных мер по улучшению качества необходима информационная система, которая позволит осуществлять оценку, получать обратную связь и отчетность по результатам работы.
- **Меры по улучшению качества.** Базовый набор показателей качества крайне важен для понимания, приносят ли проводимые мероприятия нужные результаты в части повышения качества, что, в свою очередь, ведет к значительным изменениям в показателях здоровья, равно как и для получения поставщиками услуг здравоохранения и руководством медицинских учреждений обратной связи, повышения прозрачности процессов для населения, а также сравнительного анализа, позволяющего определить наиболее эффективные методики, которые можно принять на вооружение.

Во Вставке 5.3 приведен пример из практики Мексики по реализации государственной стратегии в области качества с использованием координируемой Рамочной основы по управлению качеством.

Вставка 5.3 Пример из практики: Мексика – Государственная стратегия по укреплению качества работы организаций и услуг здравоохранения

Система здравоохранения в Мексике, где проживает порядка 120 миллионов человек, является смешанной – в ней работают как государственные, так и частные медицинские организации. Несмотря на проведенные реформы, включая введение бесплатного медицинского обслуживания в 2003 году, демографические и эпидемиологические факторы, такие как старение населения и распространение неинфекционных заболеваний, продолжают создавать огромную нагрузку на систему здравоохранения.

В январе 2001 года в Мексике началась реализация крупномасштабной системной стратегии по улучшению качества. Основными задачами стали позиционирование высокого качества услуг как основного движущего фактора в культуре медицинских организаций, как государственных, так и частных, и повышение качества услуг во всей системе здравоохранения. В 2012 году была разработана Государственная стратегия по укреплению качества работы организаций и услуг здравоохранения, реализация которой была поручена Генеральному директорату по качеству и образованию в сфере здравоохранения, входящему в структуру Министерства здравоохранения. В стратегии была поставлена цель добиться улучшения качества услуг по следующим направлениям: безопасность пациентов, инновации и непрерывное совершенствование, управление рисками, аккредитация организаций здравоохранения, регулирование в здравоохранении и образование в здравоохранении.


Для реализации стратегии создана Рамочная основа по управлению качеством, которая определяет административную структуру, необходимую для повышения качества на всех уровнях. Рамочная основа направлена на решение пяти важных задач: здоровье населения, эффективный доступ, надежность и безопасность медицинских организаций, удовлетворенность населения получаемыми медицинскими услугами и приемлемая стоимость услуг. Проводятся мероприятия по привлечению граждан к участию, внедрена специальная система мониторинга с конкретными показателями. В качестве стимула учреждена национальная награда за качество и созданы механизмы финансовой поддержки для реализации специальных совместных проектов, направленных на повышение качества.

Источник: Министерство здравоохранения (108), Sarabia-González et al. (109), Ruelas et al. (110).

5.3 МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА

Мероприятия по повышению качества могут значительно влиять на процессы предоставления конкретных медицинских услуг и в целом на систему здравоохранения. Понимание разновидностей широко используемых мероприятий и умение подтверждать их эффективность позволяют принимать более взвешенные решения о том, какие мероприятия следует применять в тех или иных странах. На самом деле, проблемные вопросы в различных системах здравоохранения по всему миру схожи, несмотря на различия в потребностях населения, финансировании и кадровом потенциале. В то время как приоритеты могут различаться (инфекционные и неинфекционные заболевания, потребности людей пожилого возраста и услуги для матерей и детей), задачи в области качества везде одинаковы:

- уменьшение вреда для пациентов;
- повышение клинической эффективности предоставляемых медицинских услуг;
- вовлечение пациентов, их семей и сообществ и предоставление им необходимых полномочий;

- 
- создание системного потенциала для непрерывной деятельности по улучшению качества;
 - укрепление процессов управления и подотчетности.

Но какие действия необходимо предпринимать? Согласовать перечень задач легче, чем определить стратегии по их выполнению. В этом контексте можно выделить семь направлений работы. Они в стандартном порядке рассматриваются заинтересованными в повышении качества сторонами – поставщиками медицинских услуг, руководством, лицами, формирующими политику, в рамках мероприятий по повышению эффективности системы здравоохранения. Их описание приводится ниже.

5.3.1 Изменение клинической практики на уровне работы с пациентами

Во всем мире различия между тем, что называют эффективной медицинской помощью («знание»), и тем, что обычно делают поставщики медицинских услуг («дело»), уже достаточно подробно описаны и задокументированы. Чтобы устранить эти расхождения между «знанием» и «делом», требуются различные изменения в клинической практике на всех уровнях здравоохранения – от индивидуальных контактов между пациентом и медицинским работником до общих процессов предоставления медицинских услуг. Квалификация, компетентность и отношение медицинских работников к своей работе имеют фундаментальное значение. Меры, помогающие поставщикам медицинских услуг достигать высокого уровня эффективности, включают системы поддержки клинических решений – от письменных протоколов до электронной аппаратуры. Уменьшение вреда для пациентов является ключевой задачей: по оценкам, на 100 госпитализированных пациентов приходится семь случаев заражения как минимум одной больничной инфекцией в развитых странах и десять случаев – в развивающихся (111). Отдельно от темы индивидуального пациента и поставщика медицинских услуг разрабатываются и реализуются новые модели предоставления медицинской помощи, охватывающие различные аспекты процесса улучшения качества. В этих моделях определяются текущие передовые методы предоставления медицинских услуг как в целом, так и в отношении определенных категорий заболеваний (например, людей с хроническими заболеваниями или психическими расстройствами) или же определенных групп населения (дети или люди пожилого возраста). Часто в новых моделях медицинской помощи учитываются особенности местного сообщества, в частности аспекты, выходящие далеко за стены лечебных учреждений, и предусматривается интеграция организаций первичной, специализированной и социальной помощи (104).

5.3.2 Разработка стандартов

Разработка стандартов, в т.ч. протоколов, основанных на доказательных данных, может способствовать повышению стабильности в предоставлении высококачественных услуг в условиях различных систем здравоохранения во всем мире. Несмотря на то, что этот процесс часто осуществляется под руководством государства, разработка стандартов – это то направление в улучшении качества, где одну из ведущих ролей должны играть профессиональные организации, которые работают либо независимо, либо в сотрудничестве с государственными органами. В то время как одни клинические стандарты ориентированы на определенные группы населения, другие касаются медицинских состояний или протоколов лечения. Например, разработаны глобальные клинические стандарты медицинской помощи в целях повышения качества медицинской помощи для матерей и новорожденных в медицинских учреждениях (112). Внедрение клинической политики и стандартов медицинских услуг зачастую можно осуществлять посредством разработки протоколов работы с пациентами и клинических маршрутов оказания медицинской помощи. Клинические стандарты часто являются первым шагом в рамках государственной стратегии по повышению качества, однако разработка стандартов без применения комплексного подхода к качеству может не дать ожидаемых результатов.

5.3.3 Вовлечение пациентов, их семей и сообществ и предоставление им необходимых полномочий


Чтобы полностью реализовать принцип ориентированности на людей в качестве отправной точки в достижении высокого качества услуг, недостаточно только повышения грамотности населения в вопросах здоровья. Существуют достоверные данные, что мероприятия, направленные на вовлечение в процессы оказания медико-санитарной помощи пациентов, их семей и ухаживающих лиц и предоставление им необходимых полномочий, могут способствовать повышению качества медицинской помощи во всех странах, включая такие показатели, как грамотное отношение к здоровью, удовлетворенность пациентов, эффективное использование медицинских услуг, сокращение издержек и улучшение показателей здоровья (100). Например, в Непале привлечение групп женщин к исследованию основных проблем, связанных с оказанием медицинской помощи матерям и новорожденным, и к разработке стратегии по устранению таких проблем привело к тому, что смертность новорожденных снизилась на 30%, а матерей - на 80% (113). Предоставление пациентам необходимой информации, консультаций и поддержки помогает им решать вопросы со здоровьем и совместно разрабатывать планы лечения и поддержания здоровья. Устойчивые, системные механизмы вовлечения сообществ также могут способствовать реализации программ по повышению качества медицинской помощи. Еще одним приоритетом является необходимость в укреплении доверия со стороны местного населения. Без доверия люди будут неохотно обращаться за медицинской помощью, даже когда она им очень нужна.

5.3.4 Информирование и обучение медицинских работников, руководства учреждений здравоохранения и лиц, формирующих политику

Чтобы быть эффективными, информационные системы, связанные с повышением качества услуг, должны соответствовать требованиям медицинского персонала, менеджмента организаций, руководства системы здравоохранения, лиц, формирующих политику, и регуляторов. Для этого требуется целевая информация и методы обучения, соответствующие каждой аудитории. Медицинским работникам необходима сравнительная информация, касающаяся их собственной эффективности, и, в особенности, возможность сопоставления собственных результатов с передовыми показателями. Руководство, лица, формирующие политику, регуляторы и финансирующие организации также нуждаются в информации для анализа. Формат и содержание таких сведений будут различаться в зависимости от рассматриваемого направления качества, будь то услуги (например, помощь во время беременности и родов), определенные состояния (например, помощь больным диабетом), группы населения (например, люди пожилого возраста) или специальные мероприятия (например, охват вакцинацией против кори). Помимо прочего, руководство систем здравоохранения должно быть готово обеспечивать необходимый уровень инвестиций в информационные системы. Тем не менее, улучшение доступа и применимости информации необязательно зависит от высоких технологий. Например, для поддержки клинических решений можно использовать компьютерные данные, а можно и обычные бумажные формы, в которых будут отмечены основные процессы, влияющие на эффективность педиатрической помощи.

5.3.5 Реализация программ и методов непрерывного повышения качества

Повышение качества не статичное понятие, но одно из постоянно меняющихся свойств динамичной системы. Для непрерывного обеспечения и повышения качества медицинской помощи используется множество методов, в том числе полномасштабные механизмы клинического управления, коллегиальные оценки и клинический аудит, индивидуальная обратная связь, кураторство и обучение, инструменты поддержки клинических решений, основанные на руководствах, и совместная работа в сфере обучения по различным направлениям.



В основе процесса непрерывного повышения качества лежит активация механизмов обучения с использованием повторяющихся циклов изменений. Также крайне важно отказаться от поиска виновных в допущенных ошибках, чтобы не столкнуться с проявлениями страха и сопротивлением в тех случаях, когда, наоборот, требуется энтузиазм и вовлеченность в совместную работу над повышением эффективности услуг. Не существует единственно эффективной методики. Мероприятия необходимо использовать в комплексе и с пониманием специфики ситуации. В принятии решения о том, какой именно комплекс мер по повышению качества нужно задействовать, крайне важно учитывать роль организационной культуры, и эти меры будут зависеть от имеющегося потенциала и возможностей.

5.3.6 Стимулы (материальные и нематериальные)

Стимулы могут быть либо материальными (например, денежные выплаты), либо нематериальными (например, почетное звание или награда). Финансирование на основе показателей эффективности – это термин, в широком смысле означающий выплаты поставщикам медицинских услуг на основе каких-либо критериев эффективности, и этот метод все больше используется в качестве меры улучшения качества услуг. Модели такого воздействия включают программы оплаты, основанные на ценностях (value-based purchasing), штрафы за случаи повторной госпитализации, удержания за врачебные ошибки и программы повышения эффективности, направленные на улучшение качества первичной помощи. Сумма, зависящая от показателей эффективности, является частью полной суммы оплаты, которая, в свою очередь, зависит от ряда финансовых условий. Нет полноценного подтверждения того, что программы финансирования на основе результатов сами по себе могут привести к изменениям в показателях здоровья населения. Тем не менее, стимулы, как материальные, так и все чаще применяемые нематериальные, могут играть важную мотивирующую и поддерживающую роль, когда используются в рамках крупномасштабной программы по повышению качества. В то же время необходимо отслеживать и устранять негативные стимулы в отношении качества (такие как механизмы оплаты, которые поощряют чрезмерное использование медикаментов).

5.3.7 Законодательство и регулирование

Для выполнения государственных задач в области повышения качества медицинской помощи государственные органы используют как законодательные, так и регулирующие меры. Законодательные меры, направленные на улучшение качества медицинских услуг, могут затрагивать широкий ряд вопросов, таких как охват и выплата пособий, создание новых государственных структур или же наделение соответствующими полномочиями существующих, изменения в порядке финансирования, лицензирование организаций и индивидуальных поставщиков медицинских услуг и публичная отчетность о результатах деятельности. Государственное регулирование – это факторы, находящиеся за пределами процессов клинической деятельности или управления медицинскими услугами, которые имеют влияние на поведенческий аспект в предоставлении или пользовании медицинскими услугами (114). Регулирование обычно направлено на деятельность учреждений и врачей, организаций медицинского страхования, производителей медикаментов и медицинского оборудования, а также потребителей или пациентов. Различные меры по регулированию часто не выполняют своих задач, отчасти потому, что ответственные организации не способны их реализовать. Регулирование деятельности частного сектора, учитывая, что на его долю приходится значительная часть оказываемых услуг, приобретает все большее значение.

Во Вставке 5.4 приводится пример из практики, описывающий применение законодательных и регулирующих мер в поддержку задач в области повышения качества медицинской помощи в провинции Онтарио в Канаде.

Вставка 5.4 Пример из практики: Онтарио (Канада) - Закон и стратегия «Первоклассная медицинская помощь для всех»

Учитывая огромные территории и разнообразие живущего там населения численностью свыше 13,5 миллионов человек, включая коренные народы, в провинции Онтарио обеспечение одинаково доступной для всех высококачественной медицинской помощи является сложной задачей. Как и во всех провинциях Канады, система здравоохранения в Онтарио работает по принципу единого плательщика: примерно две трети расходов оплачивает государство и одну треть - сами пациенты или частные страховые компании.

В ходе различных исследований выяснилось, что в Онтарио взаимосвязь между уровнем качества и финансированием в целом слабая, и текущие реформы в здравоохранении направлены на усиление этой взаимосвязи. В 2010 году был принят закон «Первоклассная медицинская помощь для всех», и инструментом реализации его требований стала стратегия «Первоклассная медицинская помощь для всех».

Закон требует, чтобы в организациях здравоохранения имелись комитеты по качеству и проводились опросы удовлетворенности пациентов, их семей и сотрудников. Кроме того, медицинские организации должны разработать и предоставить в публичный доступ декларацию ценностей в отношении пациентов и план повышения качества. В рамках закона также создано региональное агентство по качеству с расширенными полномочиями - Health Quality Ontario, которое занимается мониторингом эффективности системы здравоохранения и публикацией отчетности, мероприятиями по повышению качества и оказывает содействие в предоставлении медицинской помощи высшего качества. На уровне организаций закон регулирует вопросы обеспечения качества и безопасности в больницах, центрах сестринской помощи, лабораториях и других медицинских учреждениях. Помимо этого созданы специальные регуляторные коллегии, которые контролируют деятельность медицинских работников для повышения уровня безопасности, ответственности и этичности в предоставлении медицинской помощи.

В то время как 65% жителей Онтарио оценивают свое здоровье как отличное или очень хорошее, этот средний показатель маскирует значительные географические и популяционные различия. Например, у людей из квинтиля с самым низким уровнем материального достатка в два раза чаще встречаются множественные хронические состояния, чем у самого обеспеченного квинтиля. В связи с этим основными направлениями в стратегии Онтарио по повышению качества медицинской помощи остаются повышение эффективности управления, расширение ответственности и подотчетности и обеспечение баланса между стимулами и задачами по улучшению процессов в системе здравоохранения.

Источник: ICES (115), Министерство здравоохранения и долгосрочной медицинской помощи (116).

5.4 ОЦЕНКА И ВЫБОР МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА

Несмотря на то, что эти семь направлений работы дают широкое поле для деятельности, существует необходимость определить ключевые мероприятия по повышению качества. Редко удается выбрать единственно «правильный» вид мероприятия. Одного вида мероприятия недостаточно для достижения всех нужных результатов. Даже те меры, которые не являются спорными, такие как протоколы гигиены рук, не будут эффективными, если реализуются без учета культуры организации, мотивации и отношения персонала к работе. Для обеспечения долгосрочной стабильности результатов в условиях политических перемен очень важно, чтобы такие мероприятия соотносились с задачами государства.

Любые намерения по улучшению качества потребуют многостороннего подхода с использованием комплекса мер. Некоторые методы, такие как аккредитация медицинских организаций, могут не иметь прямого влияния на показатели здоровья, но могут играть роль в создании доверия у населения и внедрении культуры качества внутри системы здравоохранения. В программах, ориентированных исключительно на работу поставщиков медицинских услуг, не отражается, как общий или более широкий контекст системы здравоохранения может способствовать или, наоборот, препятствовать внедрению передовых методов работы. Например, корректное назначение антибиотиков часто зависит от врача, чьи методы работы могут формироваться под влиянием практических руководств, обратной связи по результатам работы, коллегиальных оценок, обучения и контроля, финансовых стимулов, наличия достаточного выбора антибиотиков и ожиданий пациента. Сложность изменений становится очевидной.

Мероприятия, перечисленные в Таблице 5.1, имеют следующие признаки: они актуальны для многих стран мира, общепризнаны в качестве возможных мер, разработаны на основе определенных доказательных данных, необходимых для обоснованного выбора и применения, и могут быть реализованы на различных уровнях – от небольших учреждений первичной помощи до государственных программ.

Обстоятельства, в которых осуществляются данные мероприятия, определяют степень доверия к мерам по повышению качества в первую очередь. Например, при разработке многосторонней стратегии повышения качества для медицинского учреждения, не имеющего нормального водоснабжения, инициаторам улучшений в системе качества будут полезны данные по водоснабжению, санитарии и гигиене в медицинских учреждениях всего мира, чтобы составить четкое представление о тех мерах, которые будут способствовать повышению качества в данном случае.

Представленный перечень не является исчерпывающим, в него можно включить другие виды мероприятий. Данный комплекс мероприятий был выбран в силу потенциального влияния на уровень качества, в частности за счет уменьшения вреда, внедрения улучшений в предоставлении медицинских услуг непосредственно при работе с пациентами и создания общесистемного потенциала для повышения качества. Мероприятия не ранжированы по степени их эффективности, но представляют собой определенные варианты и возможности, которые могут быть реализованы руководством системы здравоохранения, руководителями учреждений, практикующими специалистами и регулирующими органами, стремящимися повышать качество медицинской помощи. Мероприятия описаны как можно более доступным языком с акцентом на наиболее актуальные вопросы. Тем не менее, ни одно из них не будет простым в реализации. Многие мероприятия в категории «Системные условия» относятся к некоторым из семи направлений, о которых говорилось выше.

Таблица 5.1 Примеры мероприятий по улучшению качества

Категория	Мероприятие
Системные условия	<ul style="list-style-type: none"> ● Регистрация и лицензирование врачей и других медицинских работников, а также организаций здравоохранения часто считается определяющим и базовым фактором для эффективного функционирования системы здравоохранения. ● Внешняя оценка и аккредитация – это оценка уровня эффективности организации с точки зрения общества, в частности на соответствие ключевому набору установленных стандартов; осуществляется внешним органом (государственным или же некоммерческой или коммерческой организацией). ● Руководство клинической практикой – это понятие, которое используется для улучшения качества управления, подотчетности и процессов предоставления услуг здравоохранения. Включает в себя клинический аудит, управление клиническими рисками, вовлечение пациентов или потребителей услуг, профессиональное обучение и развитие, исследования и разработки в области клинической эффективности, использование информационных систем и деятельность органов по руководству клинической практикой в организациях. ● Публичная отчетность и сравнительный анализ являются компонентами стратегии, часто используемой для повышения уровня прозрачности и подотчетности в вопросах качества и стоимости услуг в системе здравоохранения посредством предоставления потребителям, плательщикам, медицинским организациям и поставщикам медицинских услуг сравнительной информации по показателям эффективности. ● Финансирование и заключение договоров на основе показателей эффективности – это термин, в широком смысле означающий выплаты поставщикам медицинских услуг на основе каких-либо критериев эффективности. Данный метод все активнее используется в качестве меры повышения качества услуг. Сумма, зависящая от показателей эффективности, часто является частью полной суммы, которая может зависеть от ряда финансовых условий. ● Обучение и кураторство медицинского персонала относятся к наиболее распространенным мероприятиям по повышению качества медицинской помощи в развивающихся странах. ● Регулирование оборота лекарственных средств для обеспечения качества, безопасности и эффективности лекарств, вакцин и медицинских товаров имеет фундаментальное значение для функционирования системы здравоохранения. Регулирование, включая послепродажный контроль, необходимо для выявления и изъятия низкокачественных и фальсифицированных медикаментов и обеспечения соответствия международным нормам и стандартам.
Уменьшение вреда	<ul style="list-style-type: none"> ● Проверки учреждений на соответствие минимальным стандартам безопасности могут использоваться в качестве механизма обеспечения базового потенциала и ресурсов для поддержания безопасности клинических условий. ● Протоколы безопасности, такие как гигиена рук, помогают избежать многих предотвратимых рисков, которые представляют угрозу здоровью пациентов и причиняют им страдания и вред. ● Контрольные перечни по безопасности, такие как Контрольный перечень ВОЗ по обеспечению хирургической безопасности и Контрольный перечень по оказанию помощи при травмах, могут способствовать сокращению как случаев клинических осложнений, так и смертности. ● Регистрация нежелательных явлений позволяет документировать негативные медицинские явления у пациента, которые возникают в результате оказания тех или иных медицинских услуг или в ходе контактов пациента в рамках получения медицинской помощи. Система учета нежелательных явлений должна быть взаимосвязана с системой изучения опыта.

Повышение качества клинической помощи

- **Инструменты поддержки клинических решений** предоставляют необходимые знания и индивидуальные сведения о пациентах (в автоматизированном или бумажном виде) в нужное время для улучшения процессов оказания медицинской помощи непосредственно на уровне взаимодействия с пациентами.
- **Клинические стандарты, маршруты и протоколы** являются инструментами, основанными на доказательных данных, которые применяются в международной практике на протяжении десятков лет. Клинические маршруты оказания помощи все чаще используются для улучшения качества помощи при различных наиболее часто встречающихся заболеваниях.
- **Клинический аудит и обратная связь** – это метод повышения качества медицинской помощи, предусматривающий контроль процессов на предмет соответствия четко сформулированным стандартам и руководствам в сочетании с предоставлением обратной связи по клинической практике, на основании которой могут быть приняты необходимые меры по улучшению.
- **Обзоры заболеваемости и смертности** – это прозрачный механизм, позволяющий врачам изучать опыт клинической практики, чтобы они могли, не боясь ответственности, анализировать свою деятельность и выявлять направления работы, требующие улучшений, такие как, например, результативность лечения и нежелательные явления.
- **Регулярное сотрудничество и командные мероприятия в области улучшения качества** предоставляют возможность больницам и амбулаторным учреждениям официально наладить совместную целенаправленную работу по повышению качества в конкретном направлении в заданный промежуток времени с механизмами совместного изучения опыта.

Вовлечение пациентов, их семей и сообществ и предоставление им необходимых полномочий

- **Официальное вовлечение сообществ и предоставление им необходимых полномочий** подразумевает активное и намеренное участие сообщества в улучшении показателей здоровья населения и повышении эффективности системы оказания медицинской помощи; может также выполнять функцию дополнительного механизма подотчетности.
- **Грамотность в вопросах здоровья** – это способность получать и понимать основную информацию, касающуюся здоровья, которая необходима для принятия правильных решений со стороны пациентов, их семей и сообществ на системной основе и тесно связана с качеством медицинских услуг.
- **Совместное принятие решений** часто применяется для более эффективной адаптации медицинских услуг к потребностям и предпочтениям пациентов с целью обеспечить более строгое соблюдение пациентами врачебных рекомендаций и сократить количество будущих обращений за медицинской помощью без необходимости.
- **Поддержка других пациентов и экспертные группы из числа пациентов** объединяют людей, имеющих одни и те же заболевания, и позволяют обмениваться знаниями и опытом. Это создает эмоциональную, социальную и практическую поддержку, необходимую для улучшения качества медицинской помощи.
- **Серьезное внимание уделяется опыту пациентов в получении медицинских услуг**, который рассматривается как основной фактор в планировании мероприятий по улучшению качества медицинской помощи. Когда пациент сообщает о каких-то проблемах, это важно для него самого. Пациенты, имеющие больше положительного опыта, более вовлечены в процессы повышения качества услуг, что может вести к более действенным результатам.
- **Меры самостоятельного контроля своего здоровья** – это технологии и методы, используемые пациентами и их родственниками для решения вопросов, касающихся здоровья, вне стен медицинских учреждений, и они все чаще рассматриваются как средство для повышения качества медицинской помощи.

5.5 ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Для повышения эффективности системы здравоохранения требуется анализировать варианты и принимать решения в процессе реализации политики, определения государственных приоритетов в области качества, вовлечения ключевых заинтересованных сторон и выбора мероприятий по улучшению качества. Решающее значение в принятии решений о том, какие именно меры нужно принимать, имеют инфраструктура, особенности, культура и традиции системы здравоохранения страны и региона.

Успешная государственная стратегия в области качества учитывает разные факторы и использует множество мер в комплексе (Таблица 5.2), начиная от тех, которые ставят пациента на центральное место в процессе оказания услуг, и заканчивая теми, которые помогают медицинским работникам устанавливать стандарты деятельности и эффективно работать в команде. Руководство системы здравоохранения в целом и отдельных учреждений, а также лица, формирующие политику, играют важнейшую роль в создании условий, в которых внедрение стандартов, стимулирование на основе показателей эффективности, регулирование и другие меры будут иметь результат.

Таблица 5.2 Меры по повышению качества: вовлечение ключевых сторон

Сторона	Роль
Государственные органы	<ul style="list-style-type: none"> • Определение государственных приоритетов и задач в области повышения качества • Обеспечение необходимой инфраструктуры для улучшения качества, например, информационные технологии, инженерные коммуникации • Совершенствование процессов регулирования • Предоставление отчетности для повышения прозрачности и мотивации • Инспекции и лицензирование поставщиков медицинских услуг
Организации здравоохранения	<ul style="list-style-type: none"> • Руководство клинической практикой • Разработка протоколов и маршрутов оказания медицинской помощи • Поддержка клинических решений • Использование протоколов безопасности • Механизмы межорганизационного изучения опыта
Поставщики клинической помощи	<ul style="list-style-type: none"> • Клинические стандарты и алгоритмы работы с пациентами • Мониторинг соблюдения стандартов медицинской помощи • Коллегиальные оценки и клинический аудит • Совместное принятие решений
Пациенты и общество	<ul style="list-style-type: none"> • Вовлечение пациентов, их семей и сообществ • Обучение пациентов и самостоятельный контроль в вопросах здоровья • Участие в управленческих процессах • Обратная связь от пациентов, изучение их опыта получения медицинских услуг

Одно из самых серьезных препятствий в повышении качества медико-санитарной помощи – это нежелание признать существование проблем (117-119). Еще одно – это сложности в выборе эффективных мер и их правильной реализации. Можно многократно повторять слова о роли руководителей в повышении качества медицинских услуг, и, на самом деле, без эффективного руководства невозможно заставить людей поверить в успех мероприятий и объединить их в коллективной работе. Еще один ключевой фактор успеха – это доказательство того, что меры являются действенными. Здесь нельзя обойтись без сбора данных и обратной связи. Однако у некоторых коллективов не хватает опыта по сбору и интерпретации таких данных. Системы сбора информации, которыми они располагают, могут не обеспечивать мониторинг качества (120). Если предлагаемые меры слишком сложны, работники системы здравоохранения могут относиться к ним как к пустой трате времени, а если выбраны неправильно – могут приводить к манипуляциям и создавать нежелательные стимулы. Очень важно с самого начала наладить систему мониторинга, которая будет способствовать интеграции систем оценки в процессы повышения качества и их полноценному обеспечению ресурсами (121, 122).

Разработка государственной политики и стратегии в области повышения качества имеет приоритетное значение, если высокое качество медико-санитарной помощи является неотъемлемой частью функционирования системы здравоохранения. Для разработки и реализации сбалансированной политики по улучшению качества необходимы усилия государственного масштаба, и эта политика должна заключаться в использовании множества мер, обеспечивающих положительные изменения, в которых нуждаются люди по всему миру.

Во Вставке 5.5 перечислены ключевые направления деятельности, которые могут обеспечить полноценную реализацию мер по улучшению качества.

Вставка 5.5 Ключевые направления деятельности: понимание мер по улучшению качества

Чтобы обеспечить реализацию разных мероприятий по повышению качества медико-санитарной помощи, государственные органы, лица, формирующие политику, руководство системы здравоохранения, пациенты и медицинские работники должны вести совместную работу по следующим направлениям:

1. Разработка, уточнение и реализация государственной политики и стратегии в области качества путем:

- закрепления понятия качества, которое будет отражать местные реалии;
- анализа текущего состояния качества;
- привлечения ключевых заинтересованных сторон к формулировке понятия качества;
- назначения (или создания) структур, которые могут обеспечить руководство, администрирование и технический потенциал для улучшения качества;
- включения принципов качества в работу всех уровней и подразделений министерства здравоохранения.

2. Принятие и продвижение универсальных целей в области качества за счет:

- постановки реальных и измеримых целей по уменьшению вреда и улучшению качества медико-санитарной помощи;
- совместной работы с профессиональными организациями для установления направлений деятельности, в которых нужно повышать клиническую эффективность;

...

- привлечения пациентов, их семей и сообществ и предоставления им необходимых полномочий;
- создания системного потенциала для обеспечения деятельности по повышению качества на постоянной основе;
- создания и активации систем обучения и изучения опыта для непрерывного улучшения качества.

3. Разработка стратегии, которая будет включать комплекс мер по повышению качества, путем:

- тщательного изучения доказательных данных по мерам улучшения качества в отношении системных условий, уменьшения вреда, улучшения качества оказания медицинских услуг, вовлечения пациентов, их семей и сообществ и предоставления им необходимых полномочий.

4. Мониторинг и отчетность по результатам мероприятий по повышению качества для обеспечения непрерывной деятельности по улучшению.

Мое качество

Доктор М. R. Rajagopal, специалист по паллиативной помощи
Тривандрам (Индия)

Сегодня больница – не подходящее место для того, чтобы умереть. По словам доктора М. R. Rajagopal, «отца» паллиативной медицины в Индии, больницы в большинстве своем не подходят для оказания помощи пациентам, находящимся при смерти, как в культурном, так и в клиническом смысле.

Бывший консультант и анестезиолог больше 20 лет разрабатывал методику оказания помощи пациентам, находящимся при смерти, в маленьком, богатом зеленью и урожаями штате Керала на юго-востоке страны. При численности населения, составляющей всего 3% от населения Индии, Керала предоставляет две трети от общего объема услуг паллиативной помощи в стране.

Интерес возник, когда М. R. Rajagopal работал анестезиологом в Медицинском колледже Каликута в северной части Кералы в начале 1990-х. Он быстро понял, что сил одного только медицинского персонала недостаточно, чтобы справляться с болями и оказывать поддержку умирающим пациентам. Необходимость в паллиативной помощи была крайне острой, и все зависело от преданности волонтеров своей работе.

«Боль – это лишь видимая часть айсберга страданий. То, на что мы не обращаем внимания, находится под поверхностью – ощущение безнадежности и отчаяния, мысли о детях, о деньгах. Вот с чем работают специалисты по паллиативной помощи».

Движение росло, и сегодня, по подсчетам доктора М. R. Rajagopal, по всему штату работает 300 групп волонтеров (официальных данных нет), которые оказывают услуги пациентам на дому, находят тех, кто нуждается в помощи, и помогают направлять скудные медицинские ресурсы туда, где они будут максимально полезны. Теперь «модель Кералы» привлекла внимание всего мира.

После переезда в Тривандрам на юге штата, в 2006 году М. R. Rajagopal основал Pallium India – благотворительную организацию, которая поддерживает 11 волонтерских групп и 5 выездных медицинских бригад, оказывающих паллиативную помощь в регионе, а также выступает за улучшение паллиативной помощи по всей стране. Сегодня, в возрасте 69 лет, он продолжает посещать пациентов на дому и учит молодых коллег, как работать с такими пациентами.

«Когда я в галстук, мои мышцы напряжены и я говорю только о боли, у меня не получится нормальный разговор с пациентом. Если использовать другой, более мягкий подход, взять пациента за руку, он расскажет о том, что его по-настоящему беспокоит».

Rajagopal говорит о том, как важно выстроить разговор с пациентом: «Можно навредить неправильно назначенной дозой лекарства, но и неверное слово может иметь тот же эффект».

По словам доктора Rajagopal, в то время как диагностика и лечение все больше начинают зависеть от технологий, мы что-то упускаем. Развитие коммерческого сектора в здравоохранении



ранении, нацеленного на получение прибыли, обострило чувство отчуждения. В результате болезнь стала важнее пациента. Большинство врачей думают, что их обязанность - продлевать жизнь, а не облегчить смерть. Лечение стало важнее помощи.

«Пациент стал чужаком среди этих машин. Такое впечатление, что здравоохранение перестало думать о том, что здоровье - это не только отсутствие болезней, но также и физическое, психологическое и социальное благополучие».

Он говорит, что в каждой больнице необходимо интегрировать паллиативную помощь с остальной работой по лечению болезней. Большинство людей, будь у них выбор и возможность получать надлежащую помощь, предпочли бы умереть дома в окружении близких. Но некоторым комфортнее находиться в больнице под присмотром своего врача. Это дело личного выбора, считает доктор M. R. Rajagopal.

В этом выборе огромное значение имеет доступ к обезболивающим, но морфин получить проблематично.

Согласно отчетам, в Индии ежегодно используется 320 кг морфина, и это лишь 1% от требуемых объемов.

Проблема связана не со стоимостью препарата, но с законодательными ограничениями. Жесткие ограничения на оборот морфина в Индии были введены в 1985 году, чтобы предотвратить злоупотребление этим препаратом. В результате выросло уже два поколения врачей, которые не знают о морфине и не назначают его, обрекая, таким образом, миллионы смертельно больных пациентов на мучения, которых можно было бы избежать.

И здесь Керала идет впереди всех. С 1995 года паллиативные центры в Керале получили разрешение на пероральное применение морфина. Сегодня организация доктора M. R. Rajagopal является Сотрудничающим центром ВОЗ по обучению и политике в области доступа к обезболивающим препаратам и принимает посетителей из других стран.

«Медицинская помощь должна быть партнерством между врачом, пациентом и его семьей. Врачи должны работать вместе с медсестрами, консультантами, волонтерами и социальными работниками. Моя обязанность - построить взаимоотношения с моими пациентами и их близкими и заботиться о них как о людях. Жизнь - это не просто существование, это гораздо больше».

Глава

6

**Призыв к действию
для реализации
улучшений
в области качества**



6.1 УСТОЙЧИВОЕ РАЗВИТИЕ, КАЧЕСТВО И ДАЛЬНЕЙШИЕ ДЕЙСТВИЯ

Целей устойчивого развития, связанных с укреплением здоровья населения, невозможно добиться, полагаясь только на достижения в борьбе с определенными заболеваниями или финансовые реформы. Для этого необходимо активно повышать качество услуг здравоохранения и их ориентированность на потребности людей. В формировании политики мы сегодня сталкиваемся с необходимостью обеспечить всеобщий охват услугами здравоохранения на основе безопасной и высококачественной медико-санитарной помощи и сделать все, что нужно для его сохранения.

В прошлом большинство мероприятий по улучшению качества осуществлялись на основе методик, реализуемых в рамках отдельных проектов. Реализовать их применение в более широких масштабах и обеспечить устойчивость результатов оказалось проблематично. Сегодня возникает необходимость в создании основ для предоставления высококачественных услуг во всем диапазоне медико-санитарной помощи. Повышение качества медицинских услуг также подразумевает взаимосвязь с финансовыми преобразованиями и переориентацию процесса предоставления услуг на задачи по повышению их качества. Наконец, имея сильные основы, системы здравоохранения, нацеленные на долгосрочные улучшения в области качества, должны использовать государственную политику и стратегию для создания условий, в которых передовые местные, региональные и национальные организации смогут расширять мероприятия по повышению качества услуг, которые уже доказали свою эффективность. В таких условиях государственные органы и поставщики медицинских услуг смогут принимать решения, соответствующие местным реалиям, в отношении мер по повышению качества, которые будут наилучшим образом способствовать улучшению системных условий, уменьшению вреда и совершенствованию клинической практики, а также вовлечению в процессы медико-санитарной помощи пациентов, их семей и сообществ и предоставлению им необходимых полномочий.

Для реализации улучшений в области качества, обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения и ориентированности на людей с учетом сложностей, присущих системам здравоохранения, требуется системное мышление – полноценное осознанное понимание динамики систем здравоохранения, чтобы осуществлять в них изменения к лучшему. Распознавая сложности систем здравоохранения, системное мышление помогает усилить всесистемную реализацию и оценку мероприятий, которые требуются для достижения задач здравоохранения в соответствии с принципами равного доступа, устойчивости и эффективности.

6.2 ПРИЗЫВ К ДЕЙСТВИЮ

Настоящий документ, с позиции трех международных организаций, занимающихся вопросами здравоохранения: ОЭСР, Всемирного банка и ВОЗ, – предлагает план действий для формирования политики в области здравоохранения, нацеленной на обеспечение для всего населения доступа к высококачественным медицинским услугам, ориентированным на людей. В данной главе содержится призыв к действиям на высоком уровне для всех ключевых сторон, которые должны безотлагательно начать совместную работу по реализации Целей устойчивого развития для повышения качества и безопасности медицинской помощи (Вставка 6.1).

Ни одна сторона в одиночку не сможет осуществить эти изменения. Видимых результатов в улучшении качества медицинских услуг во всем мире можно добиться за счет совместной работы, когда стороны будут выполнять свою часть рекомендаций по улучшению качества.

Вставка 6.1 Действия на высоком уровне для ключевых сторон, направленные на повышение качества медицинской помощи

Все государства должны:

- иметь государственную политику и стратегию в области качества;
- демонстрировать ответственность за предоставление безопасных и высококачественных медицинских услуг;
- обеспечить, чтобы в результате реформ, направленных на реализацию задачи по всеобщему охвату услугами здравоохранения, понятие качества стало одной из основ системы здравоохранения;
- обеспечить, чтобы системы здравоохранения имели информационную инфраструктуру и информационные технологии, способные оценивать и формировать отчетность по качеству медико-санитарной помощи;
- устранить расхождения между фактическими и достижимыми показателями качества;
- укреплять сотрудничество между поставщиками и потребителями медицинских услуг, способствующее повышению качества медико-санитарной помощи;
- создать и поддерживать высокий уровень профессионализма медицинских работников, способных удовлетворять потребность населения в высококачественных медицинских услугах;
- осуществлять закупки, финансирование и договорную деятельность в соответствии с принципом практической ценности;
- осуществлять исследования по повышению качества финансирования.

Все системы здравоохранения должны:

- осуществлять мероприятия с доказанной эффективностью, которые демонстрируют улучшение качества;
- анализировать работу других аналогичных систем, которые показывают высокий уровень эффективности;
- обеспечить, чтобы все люди с хроническими заболеваниями имели возможности для уменьшения влияния болезни на качество их жизни;
- выступать за внедрение организационной культуры и методов работы, которые позволяют уменьшать вред для пациентов;
- создавать устойчивые условия для профилактики, обнаружения и реагирования на угрозы безопасности здоровья, уделяя приоритетное внимание вопросам качества;
- создать необходимую инфраструктуру для обучения и изучения опыта;
- обеспечить техническую поддержку и управление информационными базами для повышения качества.

Все граждане и пациенты должны:

- иметь возможности и полномочия для активного участия в процессе получения медико-санитарных услуг, чтобы добиваться оптимального состояния своего здоровья;
- играть ведущую роль в разработке новых моделей медико-санитарной помощи, которые удовлетворяли бы потребности местного сообщества;
- знать, что они имеют право на доступ к медико-санитарным услугам, которые соответствуют реально достижимым современным стандартам качества;
- получать поддержку, информацию и навыки, необходимые для контроля их здоровья в долгосрочной перспективе.

...

Все медицинские работники должны:

- принимать участие в мероприятиях по оценке и повышению качества совместно с пациентами;
- придерживаться командного принципа в работе;
- воспринимать пациентов как партнеров в рамках процесса предоставления услуг;
- принимать обязательства по предоставлению и использованию информации, чтобы подтверждать эффективность и безопасность медико-санитарной помощи.



Библиография

1. Allemani C, Matsuda T, Di Carlo V, Harewood R, Matz M, Nikšić M et al. Global surveillance of trends in cancer survival 2000-14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. *Lancet*. 2018. doi:10.1016/S0140-6736(17)33326-3 [Epub ahead of print].
2. Health at a glance 2017: OECD indicators. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development; 2017 (http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en, accessed 24 February 2018).
3. Tackling wasteful spending on health. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development; 2017 (<http://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en>, accessed 24 February 2018).
4. Pittet D, Donaldson L. Clean care is safer care: a worldwide priority. *Lancet*. 2005;366:1246-7.
5. McGlynn EA, Asch SM, Adams J, Keesy J, Hicks J, DeCristofaro A et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. *New England Journal of Medicine*. 2003;348(26):2635-45.
6. Runciman WB, Hunt TD, Hannaford NA, Hibbert PD, Westbrook JI, Coiera EW et al. CareTrack: assessing the appropriateness of health care delivery in Australia. *Medical Journal of Australia*. 2012;197(2):100-5. doi:10.5694/mja12.10510.
7. Health at a glance 2015: OECD indicators. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development; 2015 (<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s22177en/s22177en.pdf>, accessed 24 February 2018).
8. Информационный бюллетень ВОЗ: устойчивость к противомикробным препаратам. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018 (<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/antimicrobial-resistance>, по состоянию на 29 января 2019 г.).
9. Advancing the responsible use of medicines: applying levers for change. IMS Institute for Health Care Informatics; 2013 (http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2222541, accessed 24 February 2018).
10. World health statistics 2016: monitoring health for the Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/EN_WHS2016_TOC.pdf, accessed 24 February 2018).
11. Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, Amouzou A, Mathers C, Hogan D et al. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *Lancet*. 2016;387(10018):587-603. doi:10.1016/S0140-6736(15)00837-5.
12. Вода, санитария и гигиена. Женева: Всемирная организация здравоохранения (https://www.who.int/water_sanitation_health/ru/, по состоянию на 29 января 2019 г.).
13. Tracking universal health coverage: first global monitoring report. World Health Organization and World Bank; 2015 (http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2015/en/, accessed 24 February 2018).
14. Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N. The economics of patient safety: strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. OECD Health Working Paper No. 96. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development; 2017 (<http://dx.doi.org/10.1787/5a9858cd-en>, accessed 24 February 2018).

15. Caring for quality in health: lessons learnt from 15 reviews of health care quality. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development; 2017 (<http://dx.doi.org/10.1787/9789264267787-en>, accessed 24 February 2018).
16. Speakers and moderators at the Policy Forum on the Future of Health: statement by Donald M. Berwick. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development (<http://www.oecd.org/health/ministerial/policy-forum/speakers.htm>, accessed 24 February 2018).
17. Arah OA, Westert GP, Hurst J, Klazinga NS. A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *International Journal for Quality in Health Care*. 2006;Suppl 1:5-13.
18. Health workforce policies in OECD countries: right jobs, right skills, right places. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development; 2016 (<http://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-en>, accessed 24 February 2018).
19. Braithwaite J, Herkes J, Ludlow K, Testa L, Lamprell G. Association between organisational and workplace cultures, and patient outcomes: a systematic review. *BMJ Open*. 2017;7(11).
20. Citizen Voice and Action: civic demand for better health and education services. World Vision International; 2012 (<https://www.wvi.org/local-advocacy/publication/citizen-voice-and-action-project-model>, accessed 24 February 2018).
21. OECD reviews of health systems: Costa Rica 2017. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development; 2017.
22. Monitoring health inequality: an essential step for achieving health equity. Geneva: World Health Organization; 2015.
23. Leslie HH, Ndiaye Y, Kruk ME. Effective coverage of primary care services in eight high-mortality countries. *BMJ Global Health*. 2017;e000424.
24. Kruk ME, Leslie HH, Verguet S, Mbaruku GM, Adanu RMK, Langer A. Quality of basic maternal care functions in health facilities of five African countries: an analysis of national health system surveys. *Lancet Global Health*. 2016;4(11):e845-55.
25. Leslie HH, Fink G, Nsona H, Kruk ME. Obstetric facility quality and newborn mortality in Malawi: a cross-sectional study. *PLoS Medicine*. 2016;13(10):e1002151.
26. Ng M, Misra A, Diwan V, Agnani M, Levin-Rector A, De Costa A. An assessment of the impact of the JSY cash transfer program on maternal mortality reduction in Madhya Pradesh, India. *Global Health Action*. 2014;7(1):24939.
27. Velenyi EV. Health care spending and economic growth. In: *World scientific handbook of global health economics and public policy*. 2016:1-154.
28. Stenberg K, Hanssen O, Tan-Torres Edejer T, Bertram M, Brindley C, Meshreky A et al. Financing transformative health systems towards achievement of the health Sustainable Development Goals: a model for projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries. *Lancet Global Health*. 2017;5(9):e875-87.
29. Abegunde D. Inefficiencies due to poor access to and irrational use of medicines to treat acute respiratory tract infections in children. *World health report 2010: Background Paper No. 52*. Geneva: World Health Organization (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en, accessed 25 February 2018).
30. Ministerial statement: the next generation of health reforms. OECD Health Ministerial Meeting, 17 January 2017. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development (<http://www.oecd.org/health/ministerial/ministerial-statement-2017.pdf>, accessed 27 February 2018).
31. Institute of Medicine. Medicare: a strategy for quality assurance, volume I. Washington (DC): National Academies Press; 1990 (<https://doi.org/10.17226/1547>, accessed 25 February 2018).

32. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington (DC): National Academies Press; 2001 (<https://doi.org/10.17226/10027>, accessed 25 February 2018).
33. Maternal, newborn, child and adolescent health: what is quality of care and why is it important? Geneva: World Health Organization (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/quality-of-care/definition/en/, accessed 25 February 2018).
34. Данные Глобальной обсерватории здравоохранения. Женева: Всемирная организация здравоохранения (<https://www.who.int/gho/ru/>, по состоянию на 29 января 2019 г.).
35. Data for measuring health care quality and outcomes: OECD Health Care Quality Indicators Project. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development (<http://www.oecd.org/els/health-systems/health-care-quality-indicators.htm>, accessed 26 February 2018).
36. DataBank: Service Delivery Indicators. Washington (DC): World Bank (<http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=service-delivery-indicators>, accessed 26 February 2018).
37. Demographic and Health Surveys [Демографические и медико-санитарные обследования]. Программа DHS (<https://dhsprogram.com/>, по состоянию на 29 января 2019 г.).
38. Donabedian A, Wheeler JR, Wyszewianski L. Quality, cost, and health: an integrative model. *Medical Care*. 1982;10:975-92.
39. Das J, Holla A, Das V, Mohanan M, Tabak D, Chan B. In urban and rural India, a standardized patient study showed low levels of provider training and huge quality gaps. *Health Affairs*. 2012;31(12):2774-84.
40. Martin GH, Pimhidzai O. Kenya service delivery indicators. Washington (DC): World Bank; 2013.
41. Peabody JW, Tozija F, Muñoz JA, Nordyke RJ, Luck J. Using vignettes to compare the quality of clinical care variation in economically divergent countries. *Health Services Research*. 2004;39(6 Pt 2):1951-70.
42. Leonard KL, Melkiory CM, Vialou A. Getting doctors to do their best: the roles of ability and motivation in health care. *Journal of Human Resources*. 2007;42(3):682-700.
43. Rethans JJ, Sturmans F, Drop R, Van der Vleuten CPM, Hobus P. Does competence of general practitioners predict their performance? Comparison between examination setting and actual practice. *BMJ*. 1991;303(6814):1377-80.
44. Das J, Hammer J, Leonard K. The quality of medical advice in low-income countries: facts and economics. *Journal of Economic Perspectives*. 2008;22(2):93-114.
45. Graversen L, Christensen B, Borch-Johnsen K, Lauritzen T, Sandbaek A. General practitioners' adherence to guidelines on management of dyslipidaemia: ADDITION-Denmark. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2010;28(1):47-54.
46. Kingston-Riechers J, Ospina M, Jonsson E, Childs P, McLeod L, Maxted JM. Patient safety in primary care. Edmonton, AB: Canadian Patient Safety Institute and BC Patient Safety and Quality Council; 2010.
47. Levinson DR. Adverse events in skilled nursing facilities: national incidence among Medicare beneficiaries. Department of Health and Human Services, United States of America; 2014.
48. Etchells E, Koo M, Shojania K, Matlow A. The economics of patient safety in acute care. Canadian Patient Safety Institute; 2012.
49. Wilson RM, Michel P, Olsen S, Gibberd RW, Vincent C, El-Assady R et al. Patient safety in developing countries: retrospective estimation of scale and nature of harm to patients in hospital. *BMJ*. 2012;344:e832.

50. Patient experience with ambulatory care. In: Health at a glance 2015: OECD indicators. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2015.
51. Rosen HE, Lynam PF, Carr C, Reis V, Ricca R, Bazant ES et al. on behalf of the Quality of Maternal and Newborn Care Study Group of the Maternal and Child Health Integrated Program. Direct observation of respectful maternity care in five countries: a cross-sectional study of health facilities in East and Southern Africa. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2015;15(1):306.
52. Asefa A, Bekele D. Status of respectful and non-abusive care during facility-based childbirth in a hospital and health centres in Addis Ababa, Ethiopia. *Reproductive Health*. 2015;12(1):33.
53. Andaleeb SS. Service quality perceptions and patient satisfaction: a study of hospitals in a developing country. *Social Science and Medicine*. 2001;52(9):1359-70.
54. 5Danksy KH, Miles J. Patient satisfaction with ambulatory healthcare services: waiting time and filling time. *Journal of Healthcare Management*. 1997;42(2):165.
55. Bar-dayan Y. Waiting time is a major predictor of patient satisfaction in a primary military clinic. *Military Medicine*. 2002;167(10):842.
56. Calvillo EJ, Skog AP, Tenner AG, Wallis LA. Applying the lessons of maternal mortality reduction to global emergency health. *Bulletin of the World Health Organization*. 2015;93(6):417-23.
57. Banerjee K, Carter AO. Waiting and interaction times for patients in a developing country accident and emergency department. *Emergency Medicine Journal*. 2006;23(4):286-90.
58. Oche MO, Adamu H. Determinants of patient waiting time in the general outpatient department of a tertiary health institution in north western Nigeria. *Annals of Medical and Health Sciences Research*. 2013;3(4):588-92.
59. United States National Healthcare Disparities Report. United States Department of Health and Human Services, Agency for Healthcare Research and Quality; 2015.
60. Hospital care for heart attacks among First Nations, Inuit and Métis. Canadian Institute for Healthcare Information; 2013 (https://secure.cihi.ca/free_products/HeartAttacksFirstNationsEn-Web.pdf, accessed 26 February 2018).
61. Sharma J, Leslie HH, Kundu F, Kruk ME. Poor quality for poor women? Inequities in the quality of antenatal and delivery care in Kenya. *PLoS ONE*. 2017;12(1):e0171236.
62. Das J, Mohpal A. Socioeconomic status and quality of care in rural India: new evidence from provider and household surveys. *Health Affairs*. 2016;35(10):1764-73.
63. Schoen C, Osborn R, Squires D, Doty MM, Pierson R, Applebaum S. New 2011 survey of patients with complex care needs in 11 countries finds that care is often poorly coordinated. *Health Affairs (Millwood)*. 2011;30(12):2437-48.
64. Barker I, Steventon A, Deeny SR. Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: cross-sectional study of routinely collected, person-level data. *BMJ*. 2017;356:j84<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.j84>.
65. Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2010. Финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2010.
66. Brownlee S, Chalkidou K, Doust J, Elshaug AG, Glasziou P, Heath I et al. Evidence for overuse of medical services around the world. *Lancet*. 2017;390(10090):156-68.
67. Health care systems: efficiency and policy settings. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2010 (<http://dx.doi.org/10.1787/9789264094901-en>, accessed 26 February 2018).

68. Укрепление механизма комплексного ориентированного на людей медицинского обслуживания. Резолюция WHA69.24, принятая Всемирной ассамблеей здравоохранения, 28 мая 2016 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016.
69. Глобальная стратегия для развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы 2030. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016 (https://www.who.int/hrh/resources/global_strategy2030ru.pdf?ua=1, по состоянию на 29 января 2019 г.).
70. Perry HB, Zulliger R, Rogers MM. Community health workers in low-, middle-, and high-income countries: an overview of their history, recent evolution, and current effectiveness. *Annual Review of Public Health*. 2014;35(1):399-421.
71. Gilmore B, McAuliffe E. Effectiveness of community health workers delivering preventive interventions for maternal and child health in low-and middle-income countries: a systematic review. *BMC Public Health*. 2013;13:847.
72. Thapa A, Chaudhary P, Schwarz R. Embracing global standards for community health care on Nepal's path towards universal health coverage. *The Lancet Global Health Blog*, 26 January 2018 (<http://globalhealth.thelancet.com/2018/01/26/embracing-global-standards-community-health-care-nepalspath-towards-universal-health>, accessed 26 February 2018).
73. Andrabi T, Das J, Khwaja AI. Delivering education: a pragmatic framework for improving education in low-income countries. Policy Research Working Paper No. WPS 7277. Washington (DC): World Bank; 2015 (<http://documents.worldbank.org/curated/en/439891468001164200/Delivering-education-a-pragmatic-framework-for-improving-education-in-low-income-countries>, accessed 26 February 2018).
74. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crips N, Evans T et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;376(9756):1923-58.
75. Guidelines on transforming and scaling up health professionals' education and training. Geneva: World Health Organization; 2013 (<http://whoeducationguidelines.org/content/about-guidelines>, accessed 26 February 2018).
76. Расширение доступа к работникам здравоохранения в отдаленных и сельских районах: рекомендации по глобальной политике. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2010 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44369/9789244564011_rus.pdf, по состоянию на 29 января 2019 г.).
77. Cristobal F, Worley P. Can medical education in poor rural areas be cost-effective and sustainable: the case of the Ateneo de Zamboanga University School of Medicine. *Rural and Remote Health*. 2012;12:1835.
78. Leslie HH, Spiegelman D, Zhou X, Kruk ME. Service readiness of health facilities in Bangladesh, Haiti, Kenya, Malawi, Namibia, Nepal, Rwanda, Senegal, Uganda and the United Republic of Tanzania. *Bulletin of the World Health Organization*. 2017;95:738-48.
79. Spurring improvements in primary health care. Primary Health Care Performance Initiative (<https://www.phcperformanceinitiative.org>, accessed 26 February 2018).
80. Brubakk K, Vist GE, Bukholm G, Barach P, Tjomsland O. A systematic review of hospital accreditation: the challenges of measuring complex intervention effects. *BMC Health Services Research*. 2015;15:280.
81. Flodgren G, Gonçalves-Bradley DC, Pomey MP. External inspection of compliance with standards for improved healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016;12:CD008992. doi:10.1002/14651858.CD008992.pub3.
82. Antimicrobial resistance: policy insights. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development; 2016 (<http://www.oecd.org/health/antimicrobial-resistance.htm>, accessed 27 February 2018).

83. Lewis PJ, Dornan T, Taylor D, Tully MP, Wass V, Ashcroft DM. Prevalence, incidence and nature of prescribing errors in hospital inpatients: a systematic review. *Drug Safety*. 2009;32:379-89.
84. The world medicines situation 2011: rational use of medicines. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://www.who.int/medicines/areas/policy/world_medicines_situation/WMS_ch14_wRational.pdf, accessed 27 February 2018).
85. WHO baseline country survey on medical devices. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/medical_devices/safety/en/, accessed 27 February 2018).
86. Cruz JR. Seeking a safer blood supply. *Lancet*. 2005;365(9469):1463-64.
87. Management of patient information: trends and challenges in Member States, based on the findings of the second Global Survey on eHealth. Geneva: World Health Organization; 2012.
88. Hagen TP, Häkkinen U, Belicza E, Fattore G, Goude F, and on behalf of the EuroHOPE study group. Acute myocardial infarction, use of percutaneous coronary intervention, and mortality: a comparative effectiveness analysis covering seven European countries. *Health Economics*. 2015;24:88-101.
89. European Collaboration for Healthcare Optimization (<http://echo-health.eu>, accessed 27 February 2018).
90. Data for health and sustainable development. Health Data Collaborative (<https://www.healthdatacollaborative.org>, accessed 27 February 2018).
91. Recommendation of the OECD Council on health data governance. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2017 (<http://www.oecd.org/health/health-systems/Recommendation-of-OECD-Council-on-Health-Data-Governance-Booklet.pdf>, accessed 27 February 2018).
92. Case study on narrowing the gaps for equity, Uganda. Right to identity: using mobile technologies to improve delivery of, and access to, birth registration services for all children. UNICEF Eastern and Southern Africa Regional Office; 2012.
93. Better ways to pay for health care. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2016 (<http://dx.doi.org/10.1787/9789264258211-en>, accessed 27 February 2018).
94. Recommendations to OECD ministers of health from the High Level Reflection Group on the Future of Health Statistics: strengthening the international comparison of health system performance through patient-reported indicators. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2017 (<https://www.oecd.org/els/health-systems/Recommendations-from-high-levelreflection-group-on-the-future-of-health-statistics.pdf>, accessed 27 February 2018).
95. Deepening health reform in China: building high-quality and value-based service delivery. World Bank, World Health Organization, Ministry of Finance of China, National Health and Family Planning Commission of China, Ministry of Human Resources and Social Security of China; 2016.
96. Mills KT, Bundy JD, Kelly TN, Reed JE, Kearney PM, Reynolds K et al. Global disparities of hypertension prevalence and control: a systematic analysis of population-based studies from 90 countries. *Circulation*. 2016;134:441-50.
97. Bitton A, Ratcliffe HL, Veillard JH, Kress DH, Barkley S, Kimball M et al. Primary health care as a foundation for strengthening health systems in low- and middle-income countries. *Journal of General Internal Medicine*. 2017;32(5):566-71.
98. Eklund K, Wilhelmson K. Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomised controlled trials. *Health and Social Care in the Community*. 2009;17(5):447-58.

99. Leichsenring K. Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *International Journal of Integrated Care*. 2004;4:e10.
100. Пациенты за безопасность пациентов. Женева: Всемирная организация здравоохранения (https://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/ru/, по состоянию на 29 января 2019 г.).
101. Laverack G. Improving health outcomes through community empowerment: a review of the literature. *Journal of Health, Population and Nutrition*. 2006;24(1):113-20.
102. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 г. Первичная медико-санитарная помощь: сегодня актуальнее, чем когда-либо. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2008.
103. WHO Framework on Integrated, People-centred Health Services. Geneva: World Health Organization (<http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/peoplecentred-care/en/>, accessed 27 February 2018).
104. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. Geneva: World Health Organization; 2006.
105. Leatherman S, Sutherland K. Designing national quality reforms: a framework for action. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007;19(6):334-40.
106. Ethiopian National Health Care Quality Strategy 2016–2020: transforming the quality of health care in Ethiopia. Government of Ethiopia: Ministry of Health.
107. 1Juran J. Overcoming resistance to organizational change. *Quality and Safety in Health Care*. 2006;15:380–82. doi:10.1136/qhsc.2006.020016.
108. The INDICAS system. Government of Mexico: Ministry of Health (<http://dgcges.salud.gob.mx/INDICASII/index2.php> accessed 2 March 2018).
109. Sarabia-González O, García-Saisó S, Cabrero-Castro E, Moreno-Sánchez P, Mayer-Rivera FJ, Delgado-Bernal M. Política de calidad en México [Quality policy in Mexico]. In: García-Saisó S, Hernández-Torres F, editors. La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones [The quality of health care in Mexico across its institutions], second edition. Government of Mexico, Ministry of Health; 2015:283-304 (in Spanish).
110. Ruelas E, Gómez-Dantés O, Morales W. Mexico. In: Braithwaite J, Matsuyama Y, Mannion R, Johnson J. Healthcare reform, quality and safety: perspectives, participants, partnerships and prospects in 30 countries. Ashgate; 2015:193-202.
111. 1Health care-associated infections: fact sheet. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://www.who.int/gpsc/country_work/gpsc_ccisc_fact_sheet_en.pdf, accessed 28 February 2018).
112. Стандарты повышения качества медицинской помощи, оказываемой матерям и новорожденным в лечебных учреждениях. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016.
113. Morrison J, Thapa R, Hartley S, Osrin D, Manandhar M, Tumbahangphe K et al. Understanding how women’s groups improve maternal and newborn health in Makwanpur, Nepal: a qualitative study. *International Health*. 2010;2(1):25-35.
114. Brennan TA, Berwick DM. New rules: regulation, markets, and the quality of American health care. *BMJ*. 1996;312:1108.
115. Payments to Ontario physicians from Ministry of Health and long-term care sources 1992/93 to 2009/10. ICES investigative report, February 2012 (<https://www.ices.on.ca/Publications/Atlases-and-Reports/2012/Payments-to-Ontario-Physicians>, accessed 2 March 2018).
116. Excellent Care for All: legislation, regulations and policy. Government of Ontario, Ministry of Health and Long-term Care (<http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/ecfa/legislation/>, accessed 2 March 2018).

Библиография

117. Dixon-Woods M, McNicol S, Martin G. Ten challenges in improving quality in healthcare: lessons from the Health Foundation's programme evaluations and relevant literature. *BMJ*. 2012;21:10.
118. Safer Patients Initiative phase one: mixed method evaluation of a large-scale organisational intervention to improve patient safety in four UK Hospitals. London: Health Foundation; 2011.
119. Ling T, Soper B, Buxton M, Hanney S, Oortwijn W, Scoggins A et al. How do you get clinicians involved in quality improvement? An evaluation of the Health Foundation's Engaging with Quality Initiative: a programme of work to support clinicians to drive forward quality. London: Health Foundation; 2010.
120. Learning report, Safer Patients Initiative: lessons from the first major improvement programme addressing patient safety in the UK. London: Health Foundation; 2011.
121. Needham DM, Sinopoli DJ, Dinglas VD, Berenholtz SM, Korupolu R, Watson SR et al. Improving data quality control in quality improvement projects. *International Journal for Quality in Health Care*. 2009;21(2):145-50.
122. Pronovost PJ, Nolan T, Zeger S, Miller M, Rubin H. How can clinicians measure safety and quality in acute care? *Lancet*. 2004;363(9414):1061-7.



Дополнение

Мероприятия по повышению качества

В данном дополнении представлены дополнительная информация и анализ мероприятий по повышению качества.

1. Лицензирование поставщиков медицинских услуг является ключевым определяющим фактором эффективности системы здравоохранения. Однако недавно проведенные исследования эффективности работы лицензированных и нелицензированных врачей показали, что одного только лицензирования не достаточно для обеспечения надлежащего качества медико-санитарных услуг. Например, исследование Всемирного банка, проведенное в одном из сельских районов Индии, где количество неквалифицированных врачей в 15 раз превышает количество врачей с медицинским образованием, обнаружило, что наличие специального образования не гарантирует высокое качество медицинской помощи. Исследование выявило незначительные различия между врачами с образованием и без образования в соблюдении контрольных перечней по безопасности и не нашло различий в вероятности правильной постановки диагноза или назначения лечения (1). Эти результаты дают основания полагать, что врачи с официальным образованием могут понимать свои клинические задачи, но для соблюдения стандартов качества медико-санитарной помощи они должны предпринимать еще и другие меры (2). Методы улучшения качества медико-санитарной помощи также включают систематический мониторинг качества и предоставление индивидуальной обратной связи поставщикам медицинских услуг, а также формирование у пациентов навыков оценки компетентности поставщика медицинских услуг (3).

2. Аккредитация – это подтверждение соблюдения организацией комплекса предусмотренных стандартов, которое выдается внешним органом (4). Аккредитацию могут проводить государственные органы, некоммерческие и коммерческие организации. Исторически для получения аккредитации требовалось соответствие определенным структурным и процедурным требованиям, таким как наличие необходимого медицинского оборудования, укомплектованность кадрами и соблюдение установленных стандартов. Исследований зависимости между аккредитацией и показателями клинической эффективности проводилось мало. Исследование, проведенное в Египте, показало, что средние показатели удовлетворенности пациентов были значительно выше по нескольким параметрам (чистота, зона ожидания, время ожидания, персонал организации и общая удовлетворенность) для аккредитованных негосударственных организаций (5). По крайней мере, с теоретической точки зрения аккредитация дает некоторые преимущества, такие как укрепление доверия населения, возможность самостоятельного контроля деятельности медицинскими организациями и создание основы для поощрений и взысканий в управлении эффективностью. Поддерживать эффективность аккредитационной программы может быть сложно по следующим причинам: потребность в дополнительных ресурсах для восполнения пробелов в структуре и показателях эффективности организаций при подготовке к аккредитации, необходимость постоянной адаптации стандартов для соответствия актуальным доказательным данным и потребность в стабильном финансировании для национальной и международной аккредитации (6, 7). Во многих случаях до реализации программы аккредитации требуется осуществление целевой технической поддержки (6).

3. Руководство клинической практикой включает в себя систематическое продвижение таких направлений деятельности как клинический аудит, управление клиническими рисками, вовлечение пациентов или потребителей услуг, профессиональное обучение и развитие, исследования и разработки в области клинической эффективности, использование информационных систем и функционирование в организации органов по управ-

лению клинической практикой (8). Управление клинической практикой – это концепция, используемая для улучшения процессов управления, подотчетности и предоставления качественной медико-санитарной помощи. В Соединенном Королевстве Национальная служба здравоохранения первой приступила к крупномасштабной реализации процессов по управлению клинической практикой (9). Несмотря на малое количество информации из стран с низким и средним уровнем дохода, исследование в Индонезии показало, что концепция управления клинической практикой была использована для улучшения качества медико-санитарной помощи матерям и новорожденным в 22 больницах (10). Самые приемлемые механизмы по улучшению процессов управления клинической практикой – это те, которые признают важность профессионального руководства и воспринимаются как актуальные для местных условий и результативные в плане влияния на индивидуальную профессиональную практику (11).

4. Публичная отчетность – это мера, используемая для повышения прозрачности и подотчетности по вопросам качества и стоимости услуг в системе здравоохранения за счет предоставления потребителям, плательщикам, организациям и поставщикам медицинских услуг сравнительной информации по результатам деятельности. Эта мера включает широкий ряд методов, таких как табеля отчетности по деятельности больницы, сравнительная информация по ценам и себестоимости услуг в местном регионе и сравнительный анализ клинических показателей для поставщиков медицинских услуг. Публичная отчетность внедрена в нескольких развитых странах, включая Канаду, Соединенное Королевство и США, где существуют данные, подтверждающие ее действенность в улучшениях. В странах с низким уровнем ресурсов опубликованных материалов имеется меньше, но в нескольких случаях все же можно судить о потенциальном влиянии. В Афганистане Министерство общественного здравоохранения разработало и опубликовало оценку (12), в которой были использованы исследования по домашним хозяйствам и данные ежегодных исследований по больницам. Анализ показал последовательные улучшения оценочных показателей в период между 2004 и 2008 годами по всем шести направлениям, включая удовлетворенность пациентов и сообществ, способность предоставлять услуги, общее качество услуг и снижение платы для потребителей услуг (13).

5. Финансирование по результатам деятельности означает осуществление выплат поставщикам медицинских услуг, исходя из оценки их результатов деятельности. Часто та сумма, размер которой зависит от результатов деятельности, является частью суммы полной выплаты, которая может зависеть от размеров ставки за услуги, нормативов выплат на одного человека или других методов калькуляции. Оплата может осуществляться в индивидуальном или общем порядке (например, больница, отделение или медицинская бригада). Данные показывают, что эффективность мер варьируется и зависит от разных факторов, таких как зависимость от решения заинтересованных сторон, возможности организации, а также особенности финансирования или компетентность финансирующей стороны (14-17). Практический эксперимент в Руанде показал, что методика финансирования по результатам деятельности может быть оправданной (и более предпочтительной, чем финансирование по потребностям) в странах Африки к югу от Сахары (15). Исследование выявило улучшения по ряду показателей доступности медико-санитарной помощи и информированности населения: например, сокращение расходов из собственных средств на 62%, увеличение количества родов, принятых квалифицированными специалистами, на 144% и увеличение количества респондентов, осведомленных о риске передачи ВИЧ при использовании устройств для прокалывания кожи, на 23%, но при этом не обнаружило влияния на клинические результаты (15). Аналогично, результаты пилотного исследования в Нигерии показали увеличение количества визитов в рамках родового наблюдения и количества родов, принятых квалифицированными специалистами (17).

6. Обучение и кураторство медицинского персонала являются одними из наиболее часто используемых мер по повышению качества медико-санитарной помощи в странах с низким и средним уровнем дохода. Несмотря на значительные объемы финансирования, выделяемые для исследований донорскими организациями, сведений о долгосрочном эффекте

этих мер получено мало. Одно из исследований показало, что принятые меры по обучению и кураторству не привели к значимому повышению качества медико-санитарной помощи для беременных женщин и больных детей в странах Африки к югу от Сахары (18). Другое исследование, проведенное в Бенине, обнаружило, что работники, прошедшие обучение интегрированному ведению болезней детского возраста и получавшие специализированную учебную поддержку, показали более высокие результаты, нежели те, кто прошел обучение и получал обычную поддержку. При этом обе группы показали более высокие результаты, чем сотрудники, не прошедшие обучение (19). В связанном с этим исследованием проекте в Бенине, направленном на усиление кураторства, после определенного успеха на начальном этапе на различных уровнях системы здравоохранения возникло множество препятствий, которые привели к сбоям в системе кураторства, включая ухудшение координационных процессов, недостаточность управленческих навыков, неэффективность руководства, отсутствие мотивации, децентрализацию, сопротивление медицинских работников, недостаточную приоритизацию методов кураторства, установленных программой, объем кураторской работы, деятельность, не относящуюся к кураторству, неполноценную реализацию мероприятий по проекту и уход руководителей и опытных кураторов (20). В результате исследования был сделан вывод, что поддержка со стороны руководства имеет первостепенное значение и что финансирующие организации и государственные органы должны сделать кураторство приоритетным направлением (20).

7. Регулирование оборота лекарственных средств способствует повышению качества медикаментов, как производимых, так и предлагаемых населению. В то время как о случаях оборота контрафактных лекарственных средств сообщают 5-15% государств-членов ВОЗ, возможно, этот показатель значительно выше. В мировом масштабе возможность регулирования оборота лекарственных средств ограничена. По подсчетам ВОЗ, 30% стран не осуществляют регулирование в этой сфере, либо органы, отвечающие за регулирование, не осуществляют свои функции на должном уровне (21). Исследование в Уганде оценивало эффективность стандартных протоколов лечения в рациональном назначении лекарственных средств и обнаружило значительные улучшения в лечении случаев общих заболеваний, малярии и диареи (22). Из-за сложностей, которые испытывают органы, регулирующие оборот лекарственных средств, в обеспечении финансированием и укомплектованности кадрами, соблюдение этих стандартов может быть проблематичным. Отмечается, что особенно это относится к странам с ограниченными ресурсами (21). Высказывались мнения, что такие страны должны привлекать к оценке определенных категорий медикаментов крупные организации, регулирующие оборот лекарственных средств, например, американские или европейские (23). Это не решает проблему применения регулирующих мер на практике, и стандарты стран с высоким уровнем дохода могут не соответствовать тем реалиям, которые другие страны считают для себя наиболее важными. Стратегии, предписывающие применение передовой практики и доказавшие свою эффективность как в развивающихся, так и в индустриализованных странах, опираются на стандартные протоколы лечения, перечни основных лекарственных средств, деятельность фармацевтических и терапевтических комиссий, профессиональное обучение и целевые программы повышения квалификации без отрыва от работы (24).

8. Проверка учреждений на соответствие минимальным стандартам безопасности может использоваться в качестве механизма обеспечения базовых возможностей и ресурсов для поддержания безопасных клинических условий. Несмотря на малое количество литературы по проверке учреждения на соответствие минимальным стандартам безопасности на уровне больниц или медицинских центров (25), факторы проверки, способствующие повышению уровня безопасности, включают соответствие между стандартами, утверждение стандартов на уровне министерства и надлежащее кураторство, направленное на разъяснение стандартов и их использование в повседневной врачебной практике (26). На минимальном уровне стандарты проверки могут определять структурные элементы, которые являются основой для повышения качества: обеспечение чистой водой, надежность систем основного и резервного электроснабжения, адекватный охват услугами квалифицирован-

ного медицинского персонала, четко сформулированная ответственность руководящих работников, полнота медицинской документации и подотчетность.

9. Протоколы безопасности, такие как гигиена рук, решают проблему многих предотвратимых рисков, которые представляют угрозу здоровью пациентов и причиняют им вред и страдания (27). Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи, являются наиболее часто встречающимися нежелательными явлениями в оказании медико-санитарных услуг во всем мире (28), при этом самыми распространенными являются хирургические инфекции, инфекции кровяного русла, мочевыводящих путей и нижних дыхательных путей (29). В то же время соблюдение гигиены рук является общемировой проблемой, где показатель в среднем составляет менее 40% (30). Исследования по гигиене рук показали влияние проводимых мероприятий на показатели соблюдения от 10% до почти 50% (31, 32). Результаты 20 больничных исследований, опубликованных в промежутке между 1977 и 2008 годами, показали зависимость между улучшениями в гигиене рук и сокращением случаев инфицирования (33). Кроме того, специальные программы по гигиене рук могут влиять на снижение затрат: в рамках исследования во Вьетнаме было подсчитано, что каждый случай предотвращения инфекции, связанной с оказанием медицинской помощи, сокращает расходы больницы на 1000 долларов США (32). Для изменения отношения персонала к этому вопросу требуется комплексный подход, направленный на системные изменения, административную поддержку, повышение мотивации, обеспечение средствами для обработки рук на спиртовой основе, безопасными и надежными источниками водоснабжения и моющими средствами, обучение и интенсивную подготовку медицинского персонала, а также наличие специальных памяток на рабочем месте (30, 34, 35). Соблюдение требований является общераспространенной проблемой, которая зависит от многих структурных факторов, включая позицию сотрудника (врач, медсестра, физиотерапевт, технический специалист), отделение или вид медико-санитарной помощи, кадровые показатели и наличие необходимых медицинских принадлежностей, таких как, например, медицинские перчатки (33). Более того, программы должны учитывать условия оказания медико-санитарной помощи (например, средства для обработки рук на спиртовой основе должны использоваться там, где не всегда есть возможность пользоваться чистой водой) (31, 35).

10. Контрольные перечни по безопасности, такие как, например, контрольные перечни по обеспечению хирургической безопасности, могут положительно влиять как на показатели клинических осложнений, так и на показатели летальности. В исследовании, проведенном в восьми различных больницах с разными уровнями материального обеспечения, показатели послеоперационных осложнений снизились в среднем на 36%, и аналогичное снижение произошло в показателях летальности, после того как сотрудники стали более строго соблюдать требования шести основных процессов безопасности, установленных в предписанном им контрольном перечне (36). Более того, было установлено, что если в течение первого года применения контрольного перечня удавалось предотвратить основные виды осложнений, то больница получала определенную прибыль (37). Тем не менее, данные свидетельствуют о том, что для успешного применения контрольных перечней требуется обучение клинического персонала, привлечение материальных ресурсов и включение этих мероприятий в организационную деятельность и клинические условия в более широком контексте (38-40). Было показано, что эти факторы особенно актуальны для стран с низким и средним уровнем дохода (38). Ненадлежащее применение контрольных перечней в таких странах не только может не уменьшать риски в плане безопасности пациентов, но и провоцировать появление новых рисков, например, манипуляции, отстраненность и другие проявления, которые подрывают качество медико-санитарной помощи (38). Оптимизацию процессов применения хирургических контрольных перечней легче всего осуществлять в рамках устоявшихся, комплексных программ повышения безопасности пациентов (38).

11. Регистрация нежелательных явлений позволяет документировать негативные или нежелательные медицинские явления, возникающие в результате оказания тех или иных медико-санитарных услуг или во время контактов с пациентом (41). Учет нежелательных

явлений направлен на повышение осведомленности, усиление прозрачности и подотчетности в отношении небезопасной медико-санитарной помощи. Нежелательные явления, возникающие в результате оказания медико-санитарной помощи, являются одной из основных причин заболеваемости и смертности во всем мире. В исследовании мирового бремени небезопасного оказания медико-санитарной помощи было подсчитано, что каждый год в мире регистрируется 421 млн госпитализаций и 42,7 млн случаев нежелательных явлений, приводящих к ежегодной потере 23 млн лет жизни, скорректированных на инвалидность (DALY) (42). Примерно две трети всех нежелательных явлений было зарегистрировано в странах с низким и средним уровнем дохода. Небезопасная медико-санитарная помощь может привести к тому, что пациенты, особенно в странах с низким уровнем дохода, будут отказываться от пользования услугами официального здравоохранения, что делает небезопасную помощь существенным препятствием в доступе населения этих стран к медико-санитарным услугам. Избыточное использование ресурсов из-за продления стационарного лечения и оказания дополнительной помощи вкуче с потерей заработка и снижением продуктивности являются еще одним следствием небезопасного оказания медико-санитарной помощи.

12. Поддержка клинических решений (ПКР) – это обеспечение профессиональными знаниями и информацией о пациенте в нужный момент для повышения качества услуг непосредственно при работе с пациентами. ПКР включает различные инструменты для эффективного принятия решений, такие как клинические руководства, комплексные указания, разработанные для конкретных состояний, компьютеризированные системы оповещений и напоминаний, шаблоны документации и диагностическая поддержка. ПКР может быть автоматизированной (встроенной в систему электронных медицинских карт или с использованием мобильных устройств) или на бумажном носителе. Несмотря на многочисленные преимущества электронной системы ПКР, для нее требуется постоянная техническая поддержка, и могут возникать сложности в плане обеспечения инфраструктурой, например, ограниченный доступ к интернету или проблемы с электроснабжением (43). В ряде исследований проводился анализ обоснованности применения ПКР в странах с низким и средним уровнем дохода, и на данный момент найдено мало подтверждений влияния ПКР на показатели здоровья населения (43, 44). Исследования отмечают необходимость разумного выбора между рекомендациями системы ПКР, которая направлена на стандартизацию медико-санитарной помощи в целях повышения качества, и самостоятельностью врача в принятии решений с учетом особенностей ситуации, клинического опыта и индивидуальных потребностей пациента (43-45).

13. Клинические стандарты, маршруты и протоколы оказания медико-санитарной помощи являются инструментами, которые направляют процессы оказания медико-санитарных услуг на основе доказательных данных, применяемые во всем мире с 1980-х годов (46). В странах с высоким уровнем дохода клинические маршруты оказания помощи применяются для повышения качества медицинских услуг при различных заболеваниях, включая острый инфаркт миокарда и инсульт. Например, проведенное в Австралии исследование показало, что после принятия программы клинических маршрутов с контрольными перечнями и системой напоминаний количество пациентов с острым инфарктом миокарда, получавших бета-блокаторы в течение 24 часов с момента госпитализации, увеличилось на 48% (47). Аналогично, после принятия программы клинических маршрутов, на 55% увеличилось количество пациентов с ишемическим инсультом, получавших аспирин или клопидогрел в течение 24 часов с момента госпитализации (47). Еще в одном исследовании, проведенном в США, изучалось внедрение передовых клинических протоколов в рабочий процесс врача через регистрационную систему поставщика медицинских услуг, и выяснилось, что в результате применения данного инструмента ПКР значительно увеличилось количество пациентов, получавших аспирин при остром инфаркте миокарда (48). Клинические протоколы и маршруты также используются в странах с низким и средним уровнем дохода, где регулярно публикуются национальные клинические руководства, которые служат важным источником информации для врачей и работников системы здравоохранения, в частности

в рамках специальных вертикальных программ по борьбе с определенными заболеваниями, такими как туберкулез и ВИЧ/СПИД (49, 50).

14. Клинический аудит и обратная связь - это мероприятия, которые позволяют повысить качество медицинских услуг для пациентов за счет контроля четкого соблюдения регламентированных стандартов и руководств, а также предоставления действенной обратной связи. В мировой практике обычно принято усиливать процессы применения клинических руководств, в то время как аудит и обратная связь используются для установления обоснованных отклонений от предписанных требований и обеспечения более строгого соблюдения руководств. Как на индивидуальном уровне, так и на уровне больниц аудит является ключевым направлением стратегии по борьбе с раком в Каталонии (Испания) в рамках обеспечения равного доступа к медико-санитарным услугам (51). Даже в сельской местности, в условиях ограниченности ресурсов, например, в Объединенной Республике Танзания, установлена связь между мероприятиями по клиническому аудиту и сокращением показателей материнской заболеваемости и смертности (52). Исследования в странах с высоким уровнем дохода показали, что в рамках обратной связи учреждения с более высокими показателями эффективности предоставляют поставщикам медицинских услуг более своевременную, индивидуализированную информацию, не предполагающую поиск виновных, нежели учреждения с низкими показателями (53). В то время как большинство исследований не оценивает, насколько конкретно аудит и обратная связь влияют на соблюдение стандартов, они все же дают информацию по частоте врачебных ошибок и полную характеристику качества медико-санитарной помощи в заданных условиях, которая помогает сотрудникам определить, где нужны улучшения, и принять соответствующие меры. Отмечается, что сложности в успешной реализации мероприятий связаны с доступностью ресурсов, одобрением со стороны поставщиков медицинских услуг и поддержкой со стороны руководства, последовательностью в понимании и выполнении руководств, точностью сведений в медицинских картах и эффективностью механизмов постоянной обратной связи (51, 54).

15. Обзоры заболеваемости и смертности - это прозрачный механизм, позволяющий врачам коллегиально изучать опыт клинической практики, чтобы они могли, не боясь ответственности, анализировать свою деятельность и выявлять направления работы, требующие улучшений, такие как, например, результативность лечения и нежелательные явления (55). Обзоры заболеваемости и смертности используются для того, чтобы в целях изучения медицинского персонала мог совместно анализировать причины осложнений или смерти пациента (55). Как таковые, обзоры нацелены на более активное признание ошибок или упущений и дают возможность изучать, а также определять необходимые мероприятия по улучшению. Было показано, что они улучшают процессы взаимодействия и коммуникации, помогают в коллективном изучении опыта и приводят к изменениям в процессах информационного учета и управления, относящихся к безопасности пациентов (55-57). Исторически они широко использовались в странах с более высоким уровнем дохода, но проводимые в последнее исследование показывают потенциал их использования и в странах с низким и средним уровнем дохода. Описательный анализ из Непала предполагает, что применение этих мер обосновано в сельских условиях, где имеет место ограниченность ресурсов (56). Исследования различных географических и экономических условий указывают на важность участия в этих процессах руководства организаций, вовлечения как клинического, так и неклинического персонала, четкого определения целей, выбора конкретных ситуаций с учетом их потенциала к улучшению и скоординированных действий по контролю мероприятий по улучшению как ключевых факторов успеха (55-57).

16. Совместные и командные мероприятия по внедрению улучшений (коллаборации) позволяют официально объединить группы из разных больниц и амбулаторных учреждений для командной работы над улучшениями в определенной целевой области в течение определенного промежутка времени. Обычно такие мероприятия включают обмен идеями, возможность многократного тестирования мер по улучшению и взаимный обмен опытом и знаниями среди различных организаций здравоохранения. Исследовательские проекты в странах с высоким уровнем дохода, такие как Национальная коллаборация по профилак-

тике хирургических инфекций или коллаборация по сокращению количества родов методом кесарева сечения, показали, что эти мероприятия могут быть очень эффективными. Показатель инфекций снизился с 27 % до 1,7%, количество кесаревых сечений - на 30 % буквально за несколько месяцев (58-60). Коллаборации также применяются и в странах с низким уровнем дохода. Например, Альянс больниц Эфиопии по качеству стал национальной коллаборацией, финансируемой Федеральным министерством здравоохранения Эфиопии. В него вошли 68 больниц, 44 из которых в конце исследования показали 10%-е улучшение в оценке удовлетворенности пациентов по 10-балльной шкале по сравнению с начальными показателями (61). В течение 1998-2008 годов Агентство США по международному развитию профинансировало 54 коллаборации в 14 странах с низким и средним уровнем дохода. Метаанализ 27 из этих коллабораций в 12 странах с низким и средним уровнем дохода показал, что высокие результаты деятельности поддерживались в среднем на протяжении 13 месяцев, а на достижение уровня результативности в 80 % в среднем требовалось 9,2 месяца, в то время как среднее время для достижения 90%-й результативности составило 14,4 месяца (62).

17. Официальное вовлечение местного сообщества и предоставление ему необходимых полномочий подразумевает активное и намеренное участие сообщества в улучшении показателей здоровья населения и повышении эффективности системы оказания медико-санитарной помощи. Участие сообщества в укреплении здоровья может иметь различные формы и способы, включая формирование у населения моделей поведения, направленных на своевременную профилактику и лечение болезней; эффективное участие в деятельности по контролю заболеваний; участие в разработке, реализации и мониторинге программ по укреплению здоровья; обеспечение необходимыми ресурсами для укрепления здоровья. Вклад в деятельность систем здравоохранения может осуществляться посредством различных мер, таких как анализ потребностей, определение высокоприоритетных направлений или участие в органах управления. Здесь можно привести много примеров. Например, в Эритрее и Сенегале более активное участие населения в мероприятиях по контролю малярии привело к сокращению тяжелых случаев малярии (63), а предварительный анализ вспышки болезни, вызванной вирусом Эбола, показывает, что более официальное вовлечение местного сообщества привело к значительным результатам в установлении и отслеживании случаев заболевания, а также к укреплению доверия населения к местным медицинским бригадам по борьбе с вирусом Эбола (64). Сегодня реформы систем здравоохранения все больше признают важность участия в них местного сообщества. В Кении обоснованность участия населения в планировании здравоохранительной деятельности тестировалась на уровне годовых районных планов, и участие сообщества действительно повлияло на постановку целей и приоритетов. Сложности, связанные с официальным вовлечением сообщества в улучшение работы систем здравоохранения, включают создание возможностей для предоставления сообществам необходимых полномочий, обеспечение инструментами и продукцией для содействия в привлечении населения, а также адекватного контроля и кураторства со стороны медицинских работников.

18. Грамотность в вопросах здоровья - это способность получать и понимать базовую информацию о здоровье, которая требуется для принятия пациентами, членами их семей и населением в целом адекватных решений, касающихся их здоровья (65). Низкий уровень такой грамотности мешает повышению качества медико-санитарной помощи. Например, пациенты, плохо разбирающиеся в вопросах здоровья, испытывают сложности в следовании предписаниям врача, взаимодействию с системой здравоохранения, а также понимании и соблюдении медицинских назначений (65). Кроме того, у пациентов с низким уровнем знания конкретных болезней наблюдается более низкий уровень качества жизни и более низкие показатели здоровья (65). Исследования показывают, что мероприятия по повышению грамотности могут иметь эффект как в плане повышения осведомленности, так и желания получать медико-санитарную помощь. Например, проведенные мероприятия в Малави привели к значительным улучшениям показателей грамотности в отношении психических расстройств (66), а исследование в Индии выявило положительную связь между реализацией программ по повышению грамотности в вопросах здоровья и показателями детской

вакцинации (67). Однако с течением времени результаты в повышении грамотности ослабевают, и поэтому ключевое значение имеют контрольные мероприятия. Исследования указывают на эффективность целенаправленной работы с лицами, пользующимися в обществе определенным авторитетом, например, с учителями, которая позволяет расширить охват мер и обеспечить долгосрочный результат (66, 67). Другие мероприятия включают повышение грамотности в вопросах здоровья в рамках обязательных школьных программ, и особенно часто это касается вопросов полового воспитания (68).

19. Совместное принятие решений пациентами и поставщиками медико-санитарных услуг часто используется для того, чтобы адаптировать помощь к потребностям и желаниям пациента и в конечном итоге добиться более высоких результатов в лечении. Существует большое количество данных, подтверждающих желание пациентов получать больше информации и проявлять больше участия (69), но при этом было проведено мало исследований по оценке результатов в плане клинических показателей, в частности, в странах с низким и средним уровнем дохода. Недостаточно эффективные коммуникации между поставщиками медико-санитарной помощи могут привести к тому, что услуги не будут востребованы пациентами (70). Однако препятствия для повышения активности пациентов могут существовать во многих государственных учреждениях, например, в амбулаториях, которые часто переполнены и перегружены (71). Исследование, касающееся соблюдения требований антиретровирусной терапии и совместного принятия решений или «повышения активности пациентов», обнаружило, что сразу после диагноза пациенты на самом деле предпочитали, чтобы главная роль в принятии решений принадлежала поставщику медицинских услуг. Но по мере того как они привыкали к своему диагнозу ВИЧ, они становились более открытыми для совместного принятия решений в отношении ВИЧ-терапии (71). Данных о негативном влиянии совместного принятия решений на клиническую помощь получено не было, хотя могут существовать определенные ограничения в плане того, какие вопросы могут быть затронуты в рамках одного клинического посещения, учитывая такие факторы, как местное отношение к болезням или исторически сложившееся недоверие к западной медицине, которые могут заставлять пациентов обращаться к традиционным видам лечения (70).

20. Поддержка других пациентов и экспертные группы из числа пациентов объединяют людей, имеющих одни и те же заболевания, и позволяют обмениваться знаниями и опытом. Это дополняет и укрепляет другие услуги медико-санитарной помощи за счет создания эмоциональной, социальной и практической поддержки, чтобы иметь возможность осуществлять контроль своего здоровья и быть здоровым, насколько это возможно. Во многих источниках, подтверждающих эффективность поддержки других пациентов и экспертных групп для взрослых пациентов с ВИЧ, дается представление о целесообразных и реальных мерах, которые могут быть частью стратегии по повышению качества медико-санитарной помощи. Систематический анализ влияния групп поддержки на людей, живущих с ВИЧ, показывает, что деятельность таких групп ведет к сокращению заболеваемости и смертности, улучшениям в непрерывности лечения и повышению качества жизни (72). Посещения групп поддержки показали, что они могут давать обнадеживающие результаты в части максимального соблюдения пациентами курса терапии, непрерывности процесса лечения, информирования пациентов, отслеживания побочных эффектов и улучшений в результатах лечения (73). В Южной Африке у членов группы поддержки через 12 месяцев вероятность неопределяемой вирусной нагрузки и показателя CD4-лимфоцитов более 200 на миллилитр была значительно выше, чем у тех, кто не участвовал в такой группе (72). Учитывая серьезную нехватку кадров во всем мире и особенно дефицит квалифицированного медицинского персонала, группы поддержки могут играть более существенную роль в повышении эффективности моделей медико-санитарной помощи (72).

21. Обратная связь и опыт получения пациентами медико-санитарной помощи в качестве мер по улучшению понимания и повышению качества медико-санитарных услуг стали получать значительно больше внимания, преимущественно, в странах с высоким уровнем дохода. Там появляется все больше доказательств, что опыт, о котором рассказывают сами пациенты, соответствует другим, более объективным показателям качества клинической

помощи (74). Принятые по сообщениям пациентов меры приводят к повышению качества обслуживания, более строгому соблюдению курса лечения, более активному вовлечению пациентов в процессы лечения и улучшению результатов (75, 76). Некоторые из исследований в странах с низким и средним уровнем дохода показали, что пациенты могут адекватно оценивать определенные аспекты оказываемой им медико-санитарной помощи. Например, исследование в Объединенной Республике Танзания обнаружило, что пациенты сами проявляли активность в получении медико-санитарной помощи исходя из своих клинических потребностей, если оценивать вид и тяжесть симптомов, а также восприятие ценности медико-санитарной помощи, оказанной им ранее (77). Полученные в результате аудита данные по учреждениям первичной помощи в Индии показали, что пациенты хорошо знают, что они хотят и что им нужно от врачей, и готовы за это платить (78). Высказывалась критика, что в основном, опыт пациентов может определяться такими факторами, как привлекательность условий или дружелюбное отношение персонала, но, тем не менее, было доказано, что пациенты могут отличать внешний комфорт от более значимых аспектов медико-санитарной помощи.

22. Меры самостоятельного контроля своего здоровья – это технологии и методы, используемые пациентами и их родственниками для решения вопросов, касающихся здоровья, вне стен медицинских учреждений. Эти меры все чаще рассматриваются как средство для повышения качества медицинской помощи в контексте расширения полномочий пациентов во всех странах мира. Учитывая широкое распространение хронических заболеваний во всем мире, в качестве примера можно привести самостоятельный контроль диабета. Пациенты с диабетом, участвующие в программах самопомощи, показали значительное снижение уровня гликированного гемоглобина (HbA1c). В Уганде у пациентов наблюдалось снижение показателей процентного содержания HbA1c и диастолического артериального давления. В Гондурасе данные по самоконтролю диабета показали улучшение показателей содержания глюкозы в крови, соблюдения диеты и курса терапии у более 50% пациентов (79). Экономический анализ мероприятий по контролю диабета обнаружил, что обучение навыкам самопомощи сокращает медицинские издержки в развивающихся странах уже в краткосрочной перспективе (80). Из-за повсеместного распространения мобильных телефонов, экономически эффективными представляются меры самостоятельного контроля здоровья с использованием технологий мобильного здравоохранения (79). Повсеместная реализация мер самоконтроля сдерживается как географической, так и финансовой доступностью программ самопомощи, нехваткой квалифицированных кадров на центральном и периферийном уровнях, а также сложностями с обучением (81).

23. Оценка технологий здравоохранения (ОТЗ) проводится с целью выяснения, каким образом технологии здравоохранения помогают в поддержании и улучшении показателей здоровья. ОТЗ используется для обоснования решений, касающихся стратегии и клинической деятельности, в части внедрения и распространения широкого спектра технологий здравоохранения (82, 83). При определении влияния ОТЗ на качество оцениваются долгосрочные результаты успешно реализованных стратегий. Сфера применения ОТЗ включает различные направления, такие как, например, формирование политики по вакцинации детей против гриппа, разработка схемы осуществления выплат в Швеции (которая привела к снижению годовых затрат), формирование медицинских пособий в Таиланде или Чили (84–86) и определение роли специфических методов лапароскопической хирургии в Казахстане (87). Для эффективности мероприятий по ОТЗ необходимы слаженные действия всех заинтересованных сторон, включая медицинских работников, организации по защите прав пациентов и представителей медицинской отрасли, таких как разработчики медицинских технологий или фармацевтические компании (88). Успех ОТЗ также во многом зависит от прозрачности аналитических исследований, затрат и результатов лечения (реальных данных о пациентах) (83). Поскольку результаты лечения часто могут зависеть от своевременного и полноценного доступа к продукции и услугам здравоохранения и лекарственным средствам, ОТЗ является важным инструментом повышения качества медико-санитарной помощи как для индивидуальных пациентов, так и для населения в целом.

Дополнение. Библиография

1. Das J, Holla A, Das V, Mohanan M, Tabak D, Chan B. In urban and rural India, a standardized patient study showed low levels of provider training and huge quality gaps. *Health Affairs (Millwood)*. 2012;31(12):2774-84.
2. Das J, Hammer J. Money for nothing: the dire straits of medical practice in Delhi, India. Policy Research Working Paper No. 3669. Washington (DC): World Bank; 2005.
3. Das J, Hammer J. Location, location, location: residence, wealth, and the quality of medical care in Delhi, India. *Health Affairs (Millwood)*. 2007;26(3):w338-51.
4. Smits H, Supachutikul A, Mate KS. Hospital accreditation: lessons from low- and middle-income countries. *Globalization and Health*. 2014;10(1):65.
5. Al Tehewy M, Salem B, Habil I, El Okda S. Evaluation of accreditation program in non-governmental organizations' health units in Egypt: short-term outcomes. *International Journal for Quality in Health Care*. 2009;21(3):183-9.
6. Bukonda N, Tavrow P, Abdallah H, Hoffner K, Tembo J. Implementing a national hospital accreditation program: the Zambian experience. *International Journal for Quality in Health Care*. 2002;14(Suppl 1):7-16.
7. Hinchcliff R, Greenfield D, Moldovan M, Westbrook JI, Pawsey M, Mumford V et al. Narrative synthesis of health service accreditation literature. *BMJ Quality and Safety*. 2012; 21(12):979-91.
8. Scott I. What are the most effective strategies for improving quality and safety of health care? *Internal Medicine Journal*. 2009;39(6):389-400.
9. Scally G, Donaldson LJ. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ*. 1998;317(7150):61-5.
10. Amelia D, Suhowatsky S, Baharuddin M, Tholandi M, Hyre A, Reena S. Case study: clinical governance as an approach to improve maternal and newborn health in 22 hospitals in Indonesia. *World Health and Population*. 2015;16(2):16-23.
11. Phillips CB, Pearce CM, Hall S, Travaglia J, de Lusignan S, Love T et al. Can clinical governance deliver quality improvement in Australian general practice and primary care? A systematic review of the evidence. *Medical Journal of Australia*. 2010;193(10):602-7.
12. Peters DH, Noor AA, Singh LP, Kakar FK, Hansen PM, Burnham G. A balanced scorecard for health services in Afghanistan. *Bulletin of the World Health Organization*. 2007;85(2):146- 51.
13. Edward A, Kumar B, Kakar F, Salehi AS, Burnham G, Peters DH. Configuring balanced scorecards for measuring health system performance: evidence from 5 years' evaluation in Afghanistan. *PLoS Medicine*. 2011;8(7):e1001066.
14. Ssengooba F, McPake B, Palmer N. Why performance-based contracting failed in Uganda: an «open-box» evaluation of a complex health system intervention. *Social Science and Medicine*. 2012;75(2):377-83.
15. Soeters R, Habineza C, Peerenboom PB. Performance-based financing and changing the district health system: experience from Rwanda. *Bulletin of the World Health Organization*. 2006;84(11):884-9.
16. Soeters R, Peerenboom PB, Mushagalusa P, Kimanuka C. Performance-based financing experiment improved health care in the Democratic Republic of Congo. *Health Affairs (Millwood)*. 2011;30(8):1518-27.
17. Ashir GM, Doctor HV, Afenyadu GY. Performance based financing and uptake of maternal and child health services in Yobe State, northern Nigeria. *Global Journal of Health Science*. 2013;5(3):34-41.

18. Leslie HH, Gage A, Nsona H, Hirschhorn LR, Kruk ME. Training and supervision did not meaningfully improve quality of care for pregnant women or sick children in sub-Saharan Africa. *Health Affairs (Millwood)*. 2016;35(9):1716–24.
19. Rowe AK, Onikpo F, Lama M, Osterholt DM, Rowe SY, Deming S. A multifaceted intervention to improve health worker adherence to integrated management of childhood illness guidelines in Benin. *American Journal of Public Health*. 2009;99(5):837–46.
20. Rowe AK, Onikpo F, Lama M, Deming MS. The rise and fall of supervision in a project designed to strengthen supervision of integrated management of childhood illness in Benin. *Health Policy and Planning*. 2010;25(2):125–34.
21. Newton PN, Green MD, Fernández FM. Impact of poor-quality medicines in the «developing» world. *Trends in Pharmacological Sciences*. 2010;31(3):99–101.
22. Kafuko J. Rational drug use in rural health units of Uganda: effect of national standard treatment guidelines on rational drug use. Geneva: World Health Organization, Essential Medicines and Policy Department.
23. Gray A. Access to medicines and drug regulation in developing countries: a resource guide for DFID. United Kingdom Department for International Development, Health Systems Resource Centre; 2014.
24. Laing R, Hogerzeil HV, Ross-Degnan D. Ten recommendations to improve use of medicines in developing countries. *Health Policy and Planning*. 2001;16(1):13–20.
25. Gershon RRM, Karkashian CD, Grosch JW, Murphy LR, Escamilla-Cejudo A, Flanagan PA et al. Hospital safety climate and its relationship with safe work practices and workplace exposure incidents. *American Journal of Infection Control*. 2000;28(3):211–21.
26. Ovretveit J. Formulating a health quality improvement strategy for a developing country. *International Journal of Health Care Quality Assurance Incorporating Leadership in Health Services*. 2004;17(7):368–76.
27. A guide to the implementation of the WHO multimodal hand hygiene improvement strategy. Geneva: World Health Organization; 2009.
28. Friedman C, Newsom W, editors. IFIC basic concepts of infection control, 2nd edition. Portadown, Northern Ireland: International Federation of Infection Control; 2011.
29. Основные компоненты для программ профилактики инфекций и инфекционного контроля: второе совещание Неформальной сети по профилактике инфекций и инфекционному контролю в здравоохранении, 26–28 июня 2008 г., Женева, Швейцария. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2009.
30. Raka L. Prevention and control of hospital-related infections in low- and middle-income countries. *Open Infectious Diseases Journal*. 2010;4(1):125–31.
31. Budd A, Lukas S, Hogan U, Priscille K, Fann K, Hill P et al. A case study and the lessons learned from in-house alcohol-based hand sanitizer production in a district hospital in Rwanda. *Journal of Service Science and Management*. 2016;9:150–9.
32. Thi Anh Thu L, Thi Hong Thoa V, Thi Van Trang D, Phuc Tien N, Thuy Van D, Thi Kim Anh L et al. Cost-effectiveness of a hand hygiene program on health care-associated infections in intensive care patients at a tertiary care hospital in Vietnam. *American Journal of Infection Control*. 2015;43(12):e93–9.
33. Allegranzi B, Pittet D. Role of hand hygiene in healthcare-associated infection prevention. *Journal of Hospital Infection*. 2009;73(4):305–15.
34. Allegranzi B, Sax H, Bengaly L, Richet H, Minta DK, Chraiti MN et al. Successful implementation of the World Health Organization hand hygiene improvement strategy in a referral hospital in Mali, Africa. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. 2010;31(2):133–41.

35. Mathur P. Hand hygiene: back to the basics of infection control. *Indian Journal of Medical Research*. 2011;134(5):611-20.
36. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *New England Journal of Medicine*. 2009;360(5):491-9.
37. Semel ME, Resch S, Haynes AB, Funk LM, Bader A, Berry WR et al. Adopting a surgical safety checklist could save money and improve the quality of care in U.S. hospitals. *Health Affairs (Millwood)*. 2010;29(9):1593-9.
38. Aveling EL, McCulloch P, Dixon-Woods M. A qualitative study comparing experiences of the surgical safety checklist in hospitals in high-income and low-income countries. *BMJ Open*. 2013;3(8):e003039.
39. Arriaga AF, Bader AM, Wong JM, Lipsitz SR, Berry WR, Ziewacz JE et al. Simulation-based trial of surgical-crisis checklists. *New England Journal of Medicine*. 2013;368(3):246-53.
40. Dixon-Woods M. The problem of context in quality improvement. *Health Foundation*; 2014.
41. Classen DC, Resar R, Griffin F, Federico F, Frankel T, Kimmel N et al. «Global trigger tool» shows that adverse events in hospitals may be ten times greater than previously measured. *Health Affairs (Millwood)*. 2011;30(4):581-9.
42. Jha AK, Larizgoitia I, Audera-Lopez C, Prasopa-Plaizier N, Waters H, Bates DW. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. *BMJ Quality and Safety*. 2013;22(10):809-15.
43. Ali MK, Shah S, Tandon N. Review of electronic decision-support tools for diabetes care: a viable option for low- and middle-income countries? *Journal of Diabetes Science and Technology*. 2011;5.
44. Raghu A, Praveen D, Peiris D, Tarassenko L, Clifford G. Engineering a mobile health tool for resource-poor settings to assess and manage cardiovascular disease risk: SMARTHealth study. *BMC Medical Informatics and Decision Making*. 2015;15(1):36.
45. Praveen D, Patel A, Raghu A, Clifford GD, Maulik PK, Mohammad Abdul A et al. SMARTHealth India: development and field evaluation of a mobile clinical decision support system for cardiovascular diseases in rural India. *JMIR mHealth and uHealth*. 2014;2(4):e54.
46. Kinsman L, Rotter T, James E, Snow P, Willis J. What is a clinical pathway? Development of a definition to inform the debate. *BMC Medicine*. 2010;8:31.
47. Wolff AM, Taylor SA, McCabe JF. Using checklists and reminders in clinical pathways to improve hospital inpatient care. *Medical Journal of Australia*. 2004;181(8):428-31.
48. Ozdas A, Speroff T, Waitman LR, Ozbolt J, Butler J, Miller RA. Integrating «best of care» protocols into clinicians' workflow via care provider order entry: impact on quality-of-care indicators for acute myocardial infarction. *Journal of the American Medical Informatics Association*. 2006;13(2):188-96.
49. Jassal MS, Bishai WR. The epidemiology and challenges to the elimination of global tuberculosis. *Clinical Infectious Diseases*. 2010;50(Suppl 3):S156-S64.
50. Suharlim C. National TB guidelines implementation: challenges, deviations, and strategies. 2014.
51. Manchon-Walsh P, Borrás JM, Espinas JA, Aliste L. Variability in the quality of rectal cancer care in public hospitals in Catalonia (Spain): clinical audit as a basis for action. *European Journal of Surgical Oncology*. 2011;37(4):325-33.
52. Nyamtema AS, de Jong AB, Urassa DP, van Roosmalen J. Using audit to enhance quality of maternity care in resource limited countries: lessons learnt from rural Tanzania. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2011;11(1):94.

53. Hysong SJ, Best RG, Pugh JA. Audit and feedback and clinical practice guideline adherence: Making feedback actionable. *Implementation Science*. 2006;1(1):9.
54. Hysong SJ, Teal CR, Khan MJ, Haidet P. Improving quality of care through improved audit and feedback. *Implementation Science*. 2012;7(1):45.
55. Higginson J, Walters R, Fulop N. Mortality and morbidity meetings: an untapped resource for improving the governance of patient safety? *BMJ Quality and Safety*. 2012;21:7.
56. Schwarz D, Schwarz R, Gauchan B, Andrews J, Sharma R, Karelis G et al. Implementing a systems-oriented morbidity and mortality conference in remote rural Nepal for quality improvement. *BMJ Quality and Safety*. 2011;20(12):1082-8.
57. François P, Prate F, Vidal-Trecan G, Quaranta J-F, Labarere J, Sellier E. Characteristics of morbidity and mortality conferences associated with the implementation of patient safety improvement initiatives: an observational study. *BMC Health Services Research*. 2016;16(1):35.
58. Boushon B, Provost L, Gagnon J, Carver P. Using a virtual breakthrough series collaborative to improve access in primary care. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2006;32(10):573-84.
59. Dellinger EP, Hausmann SM, Bratzler DW, Johnson RM, Daniel DM, Bunt KM et al. Hospitals collaborate to decrease surgical site infections. *American Journal of Surgery*. 2005;190(1):9-15.
60. Flamm BL, Berwick DM, Kabacene A. Reducing cesarean section rates safely: lessons from a «breakthrough series» collaborative. *Birth*. 1998;25(2):117-24.
61. Linnander E, McNatt Z, Sipsma H, Tatek D, Abebe Y, Endeshaw A et al. Use of a national collaborative to improve hospital quality in a low-income setting. *International Health*. 2016;8(2):148-53.
62. Franco LM, Marquez L. Effectiveness of collaborative improvement: evidence from 27 applications in 12 less-developed and middle-income countries. *BMJ Quality and Safety*. 2011;20(8):658-65.
63. *Community involvement in health*. Geneva: World Health Organization; 2006.
64. Fallah M, Dahn B, Nyenswah TG, Massaquoi M, Skrip LA, Yamin D et al. Interrupting Ebola transmission in Liberia through community-based initiatives. *Annals of Internal Medicine*. 2016;164(5):367-9.
65. Sampson UK, Amuyunzu-Nyamongo M, Mensah GA. Health promotion and cardiovascular disease prevention in sub-Saharan Africa. *Progress in Cardiovascular Diseases*. 2013;56(3):344-55.
66. Kutcher S, Gilberds H, Morgan C, Greene R, Hamwaka K, Perkins K. Improving Malawian teachers' mental health knowledge and attitudes: an integrated school mental health literacy approach. *Global Mental Health*. 2015;2(10). 67. Johri M, Subramanian SV, Sylvestre M-P, Dudeja S, Chandra D, Koné GK et al. Association between maternal health literacy and child vaccination in India: a cross-sectional study.
67. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2015; 69(9):849-57.
68. Chandra-Mouli V, McCarraher DR, Phillips SJ, Williamson NE, Hainsworth G. Contraception for adolescents in low- and middle-income countries: needs, barriers, and access. *Reproductive Health*. 2014;11(1):1.
69. Coulter A. Partnerships with patients: the pros and cons of shared clinical decision-making. *Journal of Health Services Research and Policy*. 1997;2(2):112-21.
70. Merten S, Kenter E, McKenzie O, Musheke M, Ntalasha H, Martin-Hilber A. Patient-reported barriers and drivers of adherence to antiretrovirals in sub-Saharan Africa: a meta-ethnography. *Tropical Medicine and International Health*. 2010;15(Suppl 1):16-33.

71. Roy M, Czaicki N, Holmes C, Chavan S, Tsitsi A, Odeny T et al. Understanding sustained retention in HIV/AIDS care and treatment: a synthetic review. *Current HIV/AIDS Reports*. 2016;13(3):177-85.
72. Bateganya MH, Amanyeiwe U, Roxo U, Dong M. Impact of support groups for people living with HIV on clinical outcomes: a systematic review of the literature. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2015;68(Suppl 3):S368-74.
73. Gupta N, Bukhman G. Leveraging the lessons learned from HIV/AIDS for coordinated chronic care delivery in resource-poor settings. *Healthcare*. 2015;3(4):215-20.
74. Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*. 2013;3:1-18.
75. Jha AK, Orav EJ, Zheng J, Epstein AM. Patients' perception of hospital care in the United States. *New England Journal of Medicine*. 2008;359(18):1921-31.
76. Glickman SW, Boulding W, Manary M, Staelin R, Roe MT, Wolosin RJ et al. Patient satisfaction and its relationship with clinical quality and inpatient mortality in acute myocardial infarction. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*. 2010;3:188-95.
77. Gilson L, Alilio M, Heggenhougen K. Community satisfaction with primary health care services: an evaluation undertaken in the Morogoro region of Tanzania. *Social Science and Medicine*. 1994;39(6):767-80.
78. Das J, Holla A, Mohpal A, Muralidharan K. Quality and accountability in healthcare delivery: audit-study evidence from primary care in India. *American Economic Review*. 2013;106(12):3765-99.
79. Esterson YB, Carey M, Piette JD, Thomas N, Hawkins M. A systematic review of innovative diabetes care models in low-and middle-income countries (LMICs). *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 2014;25(1):72-93.
80. Klonoff DC, Schwartz DM. An economic analysis of interventions for diabetes. *Diabetes Care*. 2000;23(3):390-404.
81. Debussche X, Balcou-Debussche M, Besançon S, Traore SA. Challenges to diabetes self-management in developing countries. *Diabetes Voice*. 2009;54.
82. Oortwijn W, van der Wilt GJ. Challenges in contemporary health technology assessment: a view from the outside. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 2016;32(1-2):1-2.
83. Kennedy-Martin T, Mitchell BD, Boye KS, Chen W, Curtis BH, Flynn JA et al. The health technology assessment environment in mainland China, Japan, South Korea, and Taiwan: implications for the evaluation of diabetes mellitus therapies. *Value in Health Regional Issues*. 2014;3:108-16.
84. Pettersson B, Hoffmann M, Wandell P, Levin LA. Utilization and costs of lipid modifying therapies following health technology assessment for the new reimbursement scheme in Sweden. *Health Policy*. 2012;104(1):84-91.
85. Mohara A, Youngkong S, Velasco RP, Werayingyong P, Pachanee K, Prakongsai P et al. Using health technology assessment for informing coverage decisions in Thailand. *Journal of Comparative Effectiveness Research*. 2012;1(2):137-46.
86. Implementation of the universal access with explicit guarantee (AUGE) reform: Chile case study. Geneva: World Health Organization; 2015.
87. Koshbayeva L, Hailey D, Kurakbaev K, Tsoy A, Zhuzhanov O, Donbay A et al. Implementation of health technology assessment work in a hospital in Kazakhstan. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 2016;32(1-2):78-80.
88. O'Donnell JC, Pham SV, Pashos CL, Miller DW, Smith MD. Health technology assessment: lessons learned from around the world - an overview. *Value in Health*. 2009;12:S1-S5.



Всемирная организация
здравоохранения

**Всемирная организация
здравоохранения**

20 Avenue Appia
1211 Genève 27
Switzerland

Вебсайт:
www.who.int/servicedeliverysafety



ГРУППА ВСЕМИРНОГО БАНКА

Всемирный банк

1818 H Street NW
Washington, DC 20433
United States of America

Вебсайт:
www.worldbank.org/health



ЛУЧШАЯ ПОЛИТИКА
ДЛЯ ЛУЧШЕЙ ЖИЗНИ

**Организация экономического
сотрудничества и развития**

2, rue André Pascal
75775 Paris
France

Вебсайт:
www.oecd.org/health



© A-Digit/Stock



ISBN 978-92-4-451390-3

9 789244 513903