

---

---

# Проблемные статьи и обзоры

---

---

УДК 614.812-048.78

## ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: СТРАТЕГИИ, МИРОВОЙ ОПЫТ, ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ

<sup>1</sup> И.А.Киреева,<sup>2</sup> В.Б.Смычѣк,<sup>3</sup> Д.Ю.Рузанов,  
<sup>2</sup> А.В.Копыток,<sup>2</sup> Д.С.Казакевич,<sup>2</sup> А.В.Зуева

<sup>1</sup> Министерство здравоохранения Республики Беларусь,  
ул. Мясникова, 39, 220048, г. Минск, Республика Беларусь

<sup>2</sup> Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации,  
Колодищанский сельсовет, 93, 223027, район д. Юхновка,  
Минский район, Минская область, Республика Беларусь

<sup>3</sup> Республиканский научно-практический центр медицинских технологий,  
информатизации, управления и экономики здравоохранения (РНПЦ МТ),  
ул. П.Бровки, 7а, 220013, г. Минск, Республика Беларусь

*Изучен мировой опыт контроля, оценки, управления и непрерывного повышения качества медицинской помощи населению, сформулированы общие закономерности формирования стратегии развития системы обеспечения качества, модели управления качеством.*

*Ключевые слова: качество медицинской помощи; здравоохранение; модель; принципы; менеджмент качества.*

Высокое качество медицинской помощи является главной целью функционирования системы здравоохранения в каждой стране. Достижение этой цели возможно разными путями и может быть обусловлено самыми разными принципами для разных стран. Это и восприятие качественного здравоохранения как общественного блага и стремление к его достижению, и растущее понимание несоответствия медицинских услуг стандартам безопасности, эффективности и ориентированности на нужды людей; стремление к всеобщему охвату услугами здравоохранения и понимание того, что улучшение доступа к медицинским услугам без надлежащего внимания к их качеству не приведет к желаемым результатам в области здоровья населения; необходимость сокращения расходов, увеличения эффективности и достижения оптимального соотношения цены и качества услуг в системе здравоохранения; все большее осознание необходимости в согласовании работы государственных и частных организаций здравоохранения в условиях разрозненных

и смешанных рынков медицинских услуг; растущее понимание того, насколько важную роль играет надежность услуг в обеспечении эффективной готовности к вспышкам заболеваний или другим сложным чрезвычайным ситуациям и, наконец, ожидания со стороны общественности, средств массовой информации и гражданского общества на фоне растущего общественного запроса на прозрачность и подотчетность [1].

Очевидна приверженность многих стран к повышению качества медицинской помощи как основе построения систем здравоохранения. Существуют и успешно функционируют различные национальные и международные службы, роль которых заключается в обеспечении высокого качества предоставляемых медицинских услуг и рационального расходования бюджетных средств. В качестве примера можно привести Международное общество по качеству в здравоохранении (International Society for Quality in Health Care), Институт по улучшению качества услуг здравоохранения (Institute for Healthcare Improvement),

Национальный институт здравоохранения и совершенствования медицинской помощи Великобритании (UK National Institute for Health and Care Excellence, NICE), Агентство по медицинским исследованиям и повышению качества медицинской помощи (Agency for Healthcare research and Quality – AHRQ) (США), Канадский институт безопасности пациентов (Canadian Patient Safety Institute – CPSI), Австралийскую комиссию по безопасности и качеству в здравоохранении (Australian Commission on Safety and Quality in Health), другие организации, деятельность которых направлена на улучшение качества услуг здравоохранения.

Декларация «Качественная медицинская помощь для всех, всегда», принятая в мае 2012 г. по итогам международного семинара в Зальцбурге «Улучшение здравоохранения в странах со средним и низким уровнем доходов (22–27 апреля 2012 г.), в которой приняли участие представители 33 стран мира, была направлена на то, чтобы привлечь внимание правительств государств, политических деятелей в области здравоохранения, сообществ, организаций-доноров, неправительственных организаций, медицинских работников и пациентов к вопросам улучшения качества медицинской помощи и повышения безопасности пациентов; активизировать деятельность, направленную на улучшение качества медицинской помощи населению всего мира и гарантировать увеличение продолжительности жизни и улучшение качества жизни и здоровья современного и будущих поколений.

По мнению многих специалистов, разработка и применение методов улучшения качества медицинской помощи позволяют реорганизовать процесс оказания медицинской помощи и системе общественного здравоохранения с тем, чтобы повысить продолжительность и улучшить качество жизни нынешнего и будущих поколений; способствуют развитию потенциала систем здравоохранения для достижения оптимальных результатов путем определения возможностей для внедрения лучших доказательных практик, модернизации и изменения процессов оказания помощи [1–3].

Аспекты качества систем здравоохранения в контексте всеобщего охвата услугами здравоохранения и Целей в области устойчивого развития рассматривались в публикациях Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) совместно с Всемирным банком (ВБ) и Организацией экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), Национальной академии наук, техники и медицины Со-

единенных Штатов Америки (НАНТМ США), авторы которых подчеркивали, что обеспечение качества медицинской помощи (КМП) является одним из важнейших элементов всеобщего охвата услугами здравоохранения, уделяя, при этом, особое внимание оценке КМП на местном, национальном и международном уровнях [4].

ВОЗ считает необходимой выработку органами здравоохранения четкой скоординированной национальной политики, направленной на повышение качества услуг здравоохранения и создание механизма его оценки на систематической основе. По мнению этой организации, большинству национальных правительств может потребоваться создание структур для осуществления стратегического руководства, обеспечения подотчетности и мониторинга мер по повышению качества, а также реализации мер по изменению корпоративной культуры в рамках системы здравоохранения [5].

КМП – одна из целей устойчивого развития ВОЗ, включающих также обеспечение всеобщего охвата услугами здравоохранения, в том числе, защиту от финансовых рисков, доступ к качественным основным медико-санитарным услугам и безопасным, эффективным, качественным и недорогим основным лекарственным средствам и вакцинам для всех граждан [6–9]. Кроме того, одна из задач, сформулированных Европейским бюро ВОЗ в рамках региональной стратегии по достижению здоровья для всех, гласит, что все государства - члены организации должны создать эффективные механизмы, обеспечивающие качество обслуживания пациентов в рамках системы здравоохранения этих стран.

ВОЗ разработано руководство по национальной политике и стратегии в области качества (Handbook for National Quality Policy and Strategy), которое содержит практический подход к разработке политики и стратегии в целях повышения качества медицинской помощи. Предлагается согласовать набор индикаторов и осуществлять их мониторинг, чтобы определить, какие меры обеспечивают повышение КМП и позволяют улучшить показатели здоровья населения, а также подчеркнуть важность интеграции с существующей национальной политикой, существующими программами повышения качества медицинской помощи, касающимися отдельных групп населения, конкретными условиями [1; 10].

В развитых странах можно выделить несколько общих закономерностей, определяющих направление формирования стратегии развития системы обеспечения качества [11–13]:

ни одна страна мира не может позволить себе удовлетворять все потребности населения в медицинских услугах;

не экономия, а оптимизация использования ресурсов является всеобщей мировой проблемой;

обеспечение качества является результатом системных управленческих решений и процессов – не более 10–15% проблем обеспечения качества связано с индивидуальными ошибками врача и персонала;

одновременно наблюдается как недостаток квалифицированной медицинской помощи, так и применение лишних (часто высокотехнологичных) воздействий без должных на то показаний: и то, и другое наносит вред пациентам;

пациенты не в состоянии самостоятельно адекватно оценить необходимость применения тех или иных медицинских вмешательств и полученные результаты (в силу не только субъективных, но и объективных причин, например, недостаточных знаний и понимания протекающих патологических процессов).

В процессе оказания медицинской помощи качество отражает весь спектр взаимодействий медицинского работника и пациента, а все составляющие этого взаимодействия характеризуют качество медицинской помощи.

Требования к качеству медицинской помощи хорошо известны. Это, в первую очередь [14]:

эффективность, то есть соответствие оказанной медицинской помощи оптимальному для конкретных условий результату. Это экономичность, измеряющая наиболее рациональное использование ресурсов, то есть наименьшую стоимость медицинской помощи без снижения ее результативности;

безопасность процесса оказания медицинской помощи, то есть исключение каких-либо ошибок при выполнении медицинского вмешательства, отсутствие вредных воздействий на пациента с учетом санитарно-эпидемиологической безопасности;

своевременность, то есть оказание медицинской помощи по возможности в оптимальные (минимальные) сроки;

способность удовлетворить ожидания и потребности пациента. Под этим понимается наличие и использование высокоэффективного диагностического оборудования, достаточный профессионализм медицинского персонала, наличие стандартизации процесса оказания медицинской помощи [15–17];

адекватность, то есть соответствие технологии медицинского обслуживания ожиданиям пациен-

та, возможность получения помощи в удобном для пациента месте, в максимально возможное время, в достаточном объеме, с приемлемыми затратами;

доступность медицинской помощи, то есть возможность для пациентов получить требуемую медицинскую помощь. При этом, следует учитывать, что в разных странах доступность медицинской помощи регламентируется своими внутренними нормативными актами;

преемственность и непрерывность медицинской помощи, то есть обеспечение, при необходимости, этапного оказания помощи в соответствии с принятыми порядками, стандартами, протоколами и др.;

отсутствие (минимизация) врачебных ошибок, то есть максимально возможное исключение ситуаций, затрудняющих диагностику, оказание помощи, влияющих на выздоровление или увеличивающих риск возникновения у пациента заболевания или его прогрессирования;

научно-технический уровень, то есть применение современных научно обоснованных высокотехнологичных методов диагностики, лечения, реабилитации.

A. Donabedian сформулировал одно из наиболее удачных обобщений характеристик, совокупность которых должна составлять понятие качества медицинской помощи [18–20]:

результативность (effectiveness) – «внешняя» эффективность, измеряющая достижение целей организации (отношение достигнутого результата к максимально возможному, основанному на научных данных);

эффективность (efficiency) – «внутренняя» эффективность, экономичность, измеряющая наиболее рациональное использование ресурсов (наименьшая стоимость медицинской помощи без снижения ее результативности);

оптимальность (adequacy) – оптимальное соотношение затрат на здравоохранение и получаемых результатов в улучшении здоровья;

приемлемость (acceptability) – соответствие оказанной помощи ожиданиям, пожеланиям и надеждам пациентов и их родственников;

законность (legitimacy) – соответствие социальным предпочтениям, выраженным в этических принципах, законах, нормах и правилах;

справедливость (equity) – соответствие принципу, который определяет, что является обоснованным или законным при распределении медицинской помощи и льгот среди населения.

Концептуальной моделью оценки качества медицинской помощи принято считать модель Аве-

диса Донабедиана, на основе выделения трех компонентов анализа [18–20]:

структуры, включающей физические объекты, персонал и его обучение, финансирование и оборудование (условия, в которых оказывается медицинская помощь);

процесса, включающего все действия по оказанию медицинской помощи пациенту (профилактика, диагностика, лечение и просвещение пациента). По мнению А.Донабедиана, информацию о процессе можно получить из медицинских документов (записей), интервью с пациентом, путем прямых наблюдений за оказанием медицинской помощи;

результата, включающего влияние оказания медицинской помощи на состояние здоровья пациента, в том числе, удовлетворенность пациента и его качество жизни, связанное со здоровьем.

В последующем, А.Донабедианом было подчеркнута, что не следует указанные им категории (структура, процесс, результат) принимать за составляющие качества, а считать классификациями типов информации, которую можно получить, чтобы сделать вывод о качестве обслуживания (низкое, удовлетворительное или хорошее). При этом, для определения причинно-следственных связей, которые являются вероятными, а не достоверными, требуется рассматривать все составляющие предложенной им модели во взаимосвязи [20].

Модель, или так называемая «триада Донабедиана», разработанная для оценки качества медицинской помощи, получила широкое признание и применяется в здравоохранении многих стран мира, поскольку является универсальной.

В современном мире, с учетом национальных особенностей систем здравоохранения специалистами выделяются три основные модели управления качеством [21; 22]:

профессиональная модель, где критерием качества является индивидуальный профессиональный уровень, оценка результатов проводится самими лечащими врачами, но при этом экономическая составляющая не учитывается;

бюрократическая модель (используется в настоящее время во многих организациях здравоохранения) – основана на стандартизации объемов работы и результатов медицинской помощи, управлением качеством медицинской помощи занимаются администрация и руководители лечебно-диагностических подразделений (анализ и оценка результатов медицинской помощи, измерение отклонений в процессе оказания медицинской помощи, их оптимизация и корректировка). При

такой модели не формируется интерес к размерам затрат за оказанную медицинскую помощь, выпадает важнейшая характеристика качества – доступность;

индустриальная модель (модель W.E.Deming), позволяющая решить проблемы, существующие при реализации обеих указанных выше моделей, и основанная на трех основных принципах: процессном подходе, непрерывном повышении качества, участии в управлении качеством всего персонала и самоконтроле ключевых этапов процесса.

Какая бы модель управления качеством ни внедрялась в конкретной системе здравоохранения, большое значение имеет идеология всеобщего управления качеством – Total Quality Management (TQM) [23; 24]. В рамках идеологии TQM под качеством медицинских услуг и товаров медицинского назначения (лекарственных средств, медицинских изделий и др.) следует понимать не столько достижение или превышение уровня каких-либо их частных или общих характеристик, сколько соответствие этих услуг и товаров нуждам и ожиданиям потребителей.

В основе системы всеобщего управления качеством в здравоохранении лежат следующие принципы [15; 21]:

нужды пациентов формируют систему здравоохранения и ее работу;

обеспечение качества является приоритетной целью деятельности системы здравоохранения;

высокое качество медицинской помощи является следствием качественных систем организации помощи, технологических процессов и ресурсов;

достижение высокого качества невозможно без принципиального изменения системы организации и руководства в здравоохранении.

Качество медицинской помощи, при этом, рассматривается с позиций:

заданного качества материально-технической базы организаций здравоохранения (ОЗ) и медицинского персонала;

наличия медицинских технологий, эффективность которых доказана;

наличия утвержденных технологий выполнения медицинских услуг;

наличия оптимизированных организационных технологий;

наличия показателей оценки здоровья пациента и их оценки в процессе лечения;

анализа соответствия полученных клинических результатов к произведенным затратам.

Идеология качества должна опираться на конкретный стандарт, который будет представлять со-



бой основу (базис) оценки чего-либо, в том числе и менеджмента качества.

В настоящее время введен в действие стандарт ISO 9001:2015 «Quality management systems – Requirements» (СТБ ISO 9001-2015 «Системы менеджмента качества. Требования») [25–27], заменяющий собой все ранее созданные стандарты в этой области. Имеется более развернутый стандарт ISO 9004:2018 «Quality management – Quality of an organization – Guidance to achieve sustained success» (ГОСТ Р ИСО 9004-2019 «Менеджмент качества. Качество организации. Руководство по достижению устойчивого успеха организации») [28; 29], в котором содержатся рекомендации тем организациям, которые стремятся выйти за пределы базовых общих требований ISO 9001:2015.

Основными принципами менеджмента качества, согласно ISO 9001:2015 и ISO 9004:2018, являются [25–29]:

ориентация на потребителя – потребности пациента определяют вектор развития системы менеджмента качества; работу организации должны формировать потребности потребителей;

лидерство руководства – никакая система менеджмента качества не способна реализовать свой потенциал без активного участия и управления со стороны высшего руководства организацией, что накладывает на него особую ответственность;

вовлечение работников – участие всех работающих в процессе руководства и обеспечения качества: квалификация и компетентность персонала является важнейшим элементом управления качеством, необходима командная работа как средство формирования и достижения единых целей;

процессный подход – все достигаемые результаты появляются в процессе, движущей силой которого, с точки зрения менеджмента качества, являются потребности и ожидания пациента. Любая работа представляет собой процесс, то есть, систему действий, преобразующих ресурсы на входе процесса в определенный результат на выходе; любой продукт/услуга, является результатом процесса или последовательности взаимосвязанных процессов, которые могут быть идентифицированы и поддаются планированию, управлению и совершенствованию;

системный подход – желаемые результаты достигаются с помощью оптимального использования ресурсов, что возможно лишь в условиях системы, состоящей из взаимосвязанных организационно-технических и технологических компонентов: отдельные мероприятия по улучшению качества не способны существенно влиять на результат;

постоянное улучшение – менеджмент качества подразумевает постоянную оценку качества, планирование и воздействие на все элементы процесса достижения результата;

принятие решений, основанное на фактах, – стремление к научному обоснованию решений и рекомендаций по созданию продукции, основанному на сборе и анализе объективных данных (в здравоохранении последних десятилетий получило название “evidence-based medicine” – «медицины, основанной на доказательствах»);

взаимовыгодные отношения с поставщиками – рациональное использование имеющихся ресурсов.

Кроме вышеуказанных стандартов, в практике здравоохранения разных стран используются такие методы оценки качества оказания медицинской помощи, как:

экспертный анализ качества процесса медицинской помощи без применения метода оценки;

оценка качества процесса медицинской помощи на основе перечня критериев для отдельных заболеваний;

оценка качества процесса оказания медицинской помощи на основе индикаторов качества;

оценка качества процесса медицинской помощи в соответствии с перечнем его элементов;

оценка качества лечебно-диагностического процесса по его связи с отрицательными результатами медицинской помощи;

методы непосредственной количественной оценки качества процесса медицинской помощи;

методы оценки качества процесса медицинской помощи на основе алгоритмов обследования, др.

Несмотря на использование общей модели оценки качества (триада А.Донабедиана), общие требования к качеству медицинской помощи, модели управления качеством, использованию стандартов ISO с соблюдением основных принципов менеджмента качества, в разных странах имеются особенности в функционировании контроля качества медицинской помощи, и каждое государство выстраивает свою конкретную систему с распределением полномочий и ответственности на различных уровнях.

Так, в Германии основные требования к качеству медицинских услуг, соответствие которым дает право на возмещение затрат, изложены в Кодексе социального обеспечения. При этом, больницы должны заключать контракты по обеспечению внешнего контроля качества и разрабатывать внутренние программы по управлению качеством, а также обязаны документировать свои

показатели для проведения сравнительного анализа независимыми организациями. Последние годы активно поощряется участие больниц в системах сертификации. Существует две системы сертификации, соединяющие самостоятельную оценку и внешнюю оценку на основе модели Европейского фонда по управлению качеством и европейской системы наград за качество, системы оценки больниц, основанных религиозными организациями, и Немецкого совета по обеспечению прозрачности и качества деятельности больниц [30].

В Польше Национальный фонд здравоохранения, занимающийся поощрением медицинских организаций, получивших аккредитацию или сертификацию, занимает основную роль в оценке качества медицинских услуг. Для оценки удовлетворенности пациентов разработаны стандарты. Данные меры не являются обязательными для поставщиков медицинских услуг, однако они влияют на категорию организации, что отражается на коэффициенте стоимости медицинских услуг [30].

В Эстонии контроль за управлением качеством – одна из функций Фонда медицинского страхования. Основным инструментом контроля качества является клинический аудит в виде комплексной оценки результатов деятельности организаций здравоохранения, проводимой врачебными ассоциациями, заключившими договор с Фондом. Объектом оценки считается не отдельный случай лечения, взятый на основе случайной выборки, а совокупность случаев. Определяются результаты конкретных медицинских вмешательств (например, уровень больничной летальности, частота осложнений, повторные госпитализации после хирургических операций). Заключение аудита представляют собой выявленные проблемы и рекомендации по их устранению [30].

В Литве Служба аккредитации для медицинской деятельности при Министерстве здравоохранения является основной организацией, ответственной за регламентацию и мониторинг качества медицинской помощи в стране. Приказом министра здравоохранения утверждены два перечня индикаторов работы стационарных организаций здравоохранения: перечень индикаторов эффективности; перечень индикаторов качества, которые подготовлены на основе результатов проекта PATH (Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals), реализованного в 2007 г. ВОЗ. Национальный фонд медицинского страхования несет ответственность за мониторинг всего списка индикаторов эффективности и за сбор данных по той части списка индикаторов

качества, которая доступна в информационной системе обязательного медицинского страхования. За мониторинг индикаторов качества второго списка несет ответственность Служба аккредитации для медицинской деятельности при Министерстве здравоохранения Литвы. Эта служба также анализирует жалобы пациентов, связанные с проблемами качества, проводит лицензирование медицинских организаций, врачей, медсестер, оценку медицинских технологий (кроме лекарственных средств) [30].

В Дании в 2002 г. была внедрена Национальная система обеспечения качества в здравоохранении, объединяющая ряд существующих национальных и региональных систем, включая клинические базы данных, клинические рекомендации, аккредитацию и национальные исследования удовлетворенности пациентов. Основными компонентами системы явились стандарты (организационные, которые касались структуры, общие, которые касались процессов, и специальные, которые касались конкретных заболеваний) и контрольные показатели. На основании стандартов и показателей организованы внутренние системы обеспечения качества, система сравнительного анализа показателей и внешняя аккредитация. Информация о качестве и рейтинги удовлетворенности пациентов услугами всех отделений стационаров публикуются в сети Интернет (Danish eHealth Portal, Danish National Indicator Project). Аккредитация больниц проводится один раз в три года на основании проведенных внутренних оценок. Внешняя аккредитация проводится независимыми экспертами [31].

Контроль качества и объемов медицинских услуг в Канаде осуществляют как государство, так и неправительственные и некоммерческие организации. Так, задачей Канадского совета по здравоохранению (Health Council of Canada) является мониторинг и подготовка отчетности по качественным показателям здравоохранения. Обобщением и распространением лучших практик в области безопасности пациентов занимается Канадский институт по безопасности пациентов (Canadian Patient Safety Institute). Канадский институт информации здравоохранения (Canadian Health Information Institute) занимается сбором и стандартизацией информации о здравоохранении. Сфера деятельности Канадской медицинской ассоциации (Canadian Medical Association) распространяется на лицензирование врачей и разработку стандартов лечения. В ведении Канадского совета по аккредитации (Accreditation Canada) находится аккредитация организаций здравоохранения – региональных органов здравоохранения, боль-

ниц, учреждений долговременного медицинского ухода и общинных центров.

В Швеции контролем качества медпомощи занимается инспекция по охране здоровья и социальной помощи, которая подчинена напрямую правительству. Ежегодная проверка (планово или по поручению правительства) касается различных вопросов, в том числе, кадрового обеспечения организаций. Активно проводится анкетирование пациентов. Инспекция вправе вынести рекомендации, лишить лицензии врачей, медсестер, оштрафовать учреждение или отозвать разрешение на его работу.

В Великобритании создана комиссия по контролю качества медицинской и социальной помощи – Care Quality Commission (CQC) – при Министерстве здравоохранения. Комиссия регистрирует поставщиков медицинских услуг; контролирует, проверяет и оценивает услуги; принимает меры для защиты пациентов, которые пользуются услугами; публикует заключения по основным вопросам качества в области здравоохранения и социальной помощи. Комиссия проводит регулярные проверки услуг в области здравоохранения и социальной помощи. Это комплексные проверки, и они используются, чтобы гарантировать обслуживание, обеспечивающее безопасность, заботу, эффективность, отзывчивость к потребностям людей.

В США разработкой и реализацией национальной политики здравоохранения занимается Министерство здравоохранения и социальных услуг (Department of Health and Human Services, HHS), одной из основных задач которого является контроль над системой оказания медицинской помощи и реализация социальных программ, а также поддержка медицинской науки, мониторинг и донесение до сведения властей ситуации в области здоровья, благосостояния и социального обеспечения населения. Контроль качества осуществляется с помощью аккредитации лечебно-профилактических организаций и лицензирования врачей, которые находятся в ведении профессиональных медицинских союзов и ассоциаций.

Обеспечение качества медицинских услуг и улучшение информационных инфраструктур – главные цели Министерства здравоохранения Израиля. В министерстве создано управление по обеспечению качества и обслуживанию, обеспечивающее надлежащее качество и высокий уровень услуг, предлагаемых системой здравоохранения. Деятельность управления включает ведение страновой программы по показателям качества в израильских больницах, проверки качества, реализацию мероприятий по улучшению мнения

пациентов об израильской системе здравоохранения, пропаганде безопасного лечения, работы по выяснению и анализу информации о смертях и особых происшествиях, расследованию случаев врачебной халатности, предоставлению ответов на обращения и жалобы населения и др. [32]. Кроме того, в Департаменте качества и услуг Израиля существует отдел безопасности лечения, который занимается работой, направленной на повышение безопасности лечения в системе здравоохранения и уменьшение количества случаев нанесения вреда пациентам во время их контактов с системой здравоохранения, а также проводит подготовку кураторов в области безопасности лечения в больницах, готовит и распространяет учебные материалы в области безопасности лечения для сотрудников системы здравоохранения и формулирует указания для руководителей отделений безопасности лечения в избранных вопросах.

В Украине сформирован Департамент качества медицинской помощи, утверждена Концепция управления качеством медицинской помощи в сфере здравоохранения, разработаны и утверждены клинические индикаторы качества медицинской помощи, утвержден порядок контроля качества медицинской помощи [33–37].

В Казахстане экспертиза качества медицинских услуг подразделяется на внутреннюю и внешнюю.

Для проведения внутренней экспертизы в медицинской организации создается служба поддержки пациента и внутреннего контроля (аудита). Структура и состав данной службы утверждаются руководителем организации в зависимости от объема оказываемых медицинских услуг.

Службой поддержки пациента и внутреннего контроля (аудита) проводятся текущий анализ организации оказания медицинской помощи, клинической деятельности медицинской организации, выявление фактов нарушения порядка оказания медицинской помощи и стандартов, а также рассмотрение в срок, не превышающий пяти календарных дней, обращений находящихся на лечении пациентов.

По результатам проводимого аудита, служба внутреннего контроля (аудита) вносит руководителю медицинской организации предложения по устранению выявленных причин и условий снижения качества оказываемых медицинских услуг [38].

Существуют три уровня внутриведомственной системы контроля качества медицинской помощи: на первом уровне анализируется деятельность врача (осуществляется заведующим отделением);

на втором уровне контроля оценивают деятельность медицинской организации по оказанию медицинской помощи;

на третьем уровне оценивают деятельность системы здравоохранения на уровне территории.

Внешняя экспертиза качества медицинских услуг проводится:

1) уполномоченным органом в области здравоохранения, а также с привлечением независимых экспертов при комиссионном разборе по случаям, определенным уполномоченным органом в области здравоохранения;

2) независимыми экспертами при привлечении их физическими или юридическими лицами в случаях несогласия с выводами внутренней и внешней экспертизы, а также субъектами здравоохранения для проведения независимой экспертизы на договорной основе. Независимая экспертиза выносит заключение об уровне качества оказываемых медицинских услуг, предоставляемых субъектами здравоохранения, с использованием индикаторов, отражающих показатели эффективности, полноты и соответствия оказываемых медицинских услуг стандартам.

Внешний контроль – это лицензирование деятельности, аккредитация организаций, сертификация специалистов, услуг, систем управления качеством, статистика, где используются стандарты и индикаторы качества. Вневедомственный контроль качества медицинской помощи может осуществляться в виде медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи [38].

Контроль качества и безопасности медицинской деятельности в Российской Федерации представлен трехуровневой моделью, включающей государственный, ведомственный и внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности.

Государственный контроль проводится посредством проверочных мероприятий по различным направлениям медицинской деятельности, лицензирования медицинской деятельности, а также контрольных закупок в целях проверки соблюдения порядка и условий предоставления платных медицинских услуг.

Ведомственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности включает проверку соблюдения медицинскими организациями стандартов медицинской помощи и порядков оказания медицинской помощи, безопасных условий труда, требований безопасности и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации (уничтожения), а также профессиональных ограничений.

Внутренний контроль осуществляется с целью обеспечения прав граждан на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций, а также соблюдения обязательных требований к обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности.

В Республике Беларусь в настоящее время сформирована система управления качеством медицинской помощи и медицинских экспертиз, включающая вопросы контроля за качеством медицинской помощи в соответствии с законодательством о контрольной (надзорной) деятельности, экспертизу и оценку качества медицинской помощи, медицинскую аккредитацию государственных организаций здравоохранения, клиничко-экономическую (фармакоэкономическую) экспертизу, вопросы лицензирования медицинской деятельности, фармацевтической деятельности и деятельности, связанной с оборотом наркотических средств, психотропных средств и их прокуроров, контроль за качеством, доступностью и реализацией лекарственных средств.

Принято постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21 мая 2021 г. №55 «Об оценке качества медицинской помощи и медицинских экспертиз, экспертизе качества медицинской помощи», которым устанавливается порядок проведения экспертизы качества медицинской помощи, оценки качества медицинской помощи, а также критерии (индикаторы), по которым должна проводиться оценка.

Подробно вопросы осуществления оценки качества медицинской помощи в Республике Беларусь будут изложены в отдельной статье.

Таким образом, изучение зарубежного опыта показало, что построение национальных систем управления качеством в здравоохранении базируется на отраслевых наборах требований, основанных на принципах стандартизации и учитывающих требования международных стандартов, национальных стандартов безопасности и качества медицинских услуг и др. Управление и контроль доступности и качества предоставляемых услуг населению может реализовываться через контроль и регламентацию работы коммерческих страховых систем, систему государственного страхования, прямое государственное обеспечение. Подходы к внедрению общих критериев качества и безопасности медицинской деятельности в странах формируются и развиваются как негосударственными профессиональными сообществами в сфере



здравоохранения, так и институтами, агентствами и иными подведомственными государственными учреждениями.

### Литература

1. Руководство по национальной политике и стратегии в области качества. Практический подход к разработке политики и стратегии в целях повышения качества медицинской помощи [Электронный ресурс] / ВОЗ, 2018. – Режим доступа: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/278964/9789244565568-rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. – Дата доступа: 11.02.2021.
2. Создание эффективной модели оказания медицинской помощи сельскому населению, включая лекарственное обеспечение, с учетом международного опыта [Электронный ресурс]: методические рекомендации / Ж.А.Иманова [и др.]. – Нур-Султан, 2020. – 44 с. – Режим доступа: <http://www.rcrz.kz/files/%D0%94%D0%BE%D0%BA%D1%83%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D1%82%D1%8B%D0%9C%D0%B5%D1%82%D0%BE%D0%B4.%20%D1%80%D0%B5%D0%BA%D0%BE%D0%BC.%20%D0%BF%D0%BE%20%D1%81%D0%BE%D0%B7%D0%B4%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%8E%20%D1%8D%D1%84%D1%84%D0%B5%D0%BA%D1%82%D0%BC%D0%BE%D0%B4%D0%B5%D0%BB%D0%B8%20%D0%BE%D0%BA%D0%B0%D0%B7%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%8F%20%D1%81%D0%B5%D0%BB%D1%8C%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%BC%D1%83%20%D0%BD%D0%B0%D1%81%D0%B5%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8E.pdf>. – Дата доступа: 23.03.2021.
3. Татарников, М.А. Руководство по управлению качеством медицинской помощи: прил. к журн. Вопр. экспертизы и качества мед. помощи / М.А.Татарников. – [Б.м.: б.и.], 2012. – 384 с.
4. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Crossing the global quality chasm: Improving health care worldwide [Electronic resource]. – Washington (DC): The National Academies Press, 2018. – Mode of access: <https://www.nap.edu/catalog/25152/crossing-the-global-quality-chasm-improving-health-care-worldwide>. – Date of access: 12.02.2021.
5. Проблемы терминологии в стандартизации, лицензировании и аккредитации / П.А.Воробьев, С.Н.Горбунов, А.С.Юрьев, М.В.Авксентьева // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2003. – №1. – С.14–26.
6. 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.
7. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century [Electronic resource]. – Washington (DC): National Academies Press (US), 2001. – Mode of access: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222274/doi/10.17226/10027>. – Date of access: 12.02.2021.
8. Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report. World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development. – The World Bank; 2017. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
9. Caring for quality in health: lessons learnt from 15 reviews of health care quality [Electronic resource]. – Paris: Organization for Economic Cooperation and Development, 2017. – Mode of access: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264267787-en>. – Date of access: 24.02.2018.
10. Системы здравоохранения в борьбе с неинфекционными заболеваниями: Сборник передовых практик [Электронный ресурс] / Всемирная организация здравоохранения, 2018. – Режим доступа: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/381320/hss-ncd-policy-brief-rus.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/381320/hss-ncd-policy-brief-rus.pdf). – Дата доступа: 11.02.2021.
11. *Постоялко Л.А.* Управление качеством медицинской помощи – краеугольный камень современной системы управления здравоохранением / Л.А.Постоялко // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2003. – №4. – С.3–6.
12. *Хейфец, Н.Е.* Совершенствование системы управления качеством медицинской помощи в Республике Беларусь на современном этапе / Н.Е.Хейфец // Медико-социальная экология личности: состояние и перспективы: материалы X междунар. конф., 6–7 апр. 2012 г., Минск / редкол.: В.А.Прокашева (отв. ред.) [и др.]. – Минск: Изд. центр БГУ, 2012. – С.326–328.
13. Оценка и контроль качества медицинской помощи: основные направления деятельности организаций здравоохранения Республики Беларусь / Н.Е.Хейфец, И.В.Малахова, Е.Н.Хейфец, М.М.Солтан, А.В.Маймур // Здоровье населения и качество жизни: электронный сборник материалов VIII Всероссийской с международным участием заочной науч.-практ. конф.: в 2 ч. / под редакцией з.д.н. РФ, д.м.н., проф. В.С.Лучкевича. – Ч.2. – СПб., 2021. – С.317–330.
14. *Киреева, И.А.* От повышения качества оказываемой медицинской помощи к повышению качества жизни пациентов / И.А.Киреева, В.Б.Смышчек // Качество и эффективность медико-организационных технологий XXI века: материалы II Национального конгресса с международным участием, Витебск, 17 дек. 2021 г. / под. ред. В.С.Глушанко. – Витебск: ВГМУ, 2021. – С.93–98.
15. *Вялков, А.И.* Стандартизация как основа создания государственной программы обеспечения качества медицинской помощи / А.И.Вялков // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2001. – №2. – С. 3–10.

16. Стандартизация медицинских технологий – ключевое звено в системе управления качеством медицинской помощи / Н.Е.Хейфец, Т.Н.Москвичева, И.В.Малахова, Т.И.Кот, С.Н.Николаева, С.А.Ванагель // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2012. – Приложение (Материалы республиканской научно-практической конференции с международным участием «Современные вопросы организации и информатизации здравоохранения» (к 20-летию РНПЦ МТ), Минск, 19 октября 2012 г.). – С.85–88.
17. Хейфец, Н.Е. Стандартизация медицинских технологий – стратегическое направление повышения доступности и качества медицинской помощи / Н.Е.Хейфец // Медико-социальная экология личности: состояние и перспективы: материалы XI междунар. конф., 17–18 мая 2013 г., Минск / редкол.: В.А.Прокашева (отв. ред.) [и др.]. – Минск: Изд. центр БГУ, 2013. – С.343–346.
18. Donabedian, A. Evaluating the Quality of Medical Care / A.Donabedian // Milbank Memorial Fund quart. – 1966. – V.44, No.3. – P.166–203.
19. Donabedian, A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring, Volume II: The Criteria and Standards of Quality / A.Donabedian; publisher: Ann Arbor, MI. – Health Administration Press, 1982.
20. Donabedian A. The Seven Pillars of Quality / A.Donabedian // Archives of Pathology and Laboratory Medicine. – 1990. – Vol.114, November. – P.1115–1118.
21. Вялков, А.И. Управление качеством в здравоохранении / А.И.Вялков // Проблемы управления здравоохранением. – 2003. – №1. – С.5–11.
22. Deming, W.E. Out of the Crisis / W.E.Deming. – Cambridge, 1986.
23. Управление эффективностью и качеством: модульная программа: [В 2 т.] / Гос. ун-т управления; Нац. фонд подгот. кадров; под ред. И.Прокопенко, К.Норта; пер. с англ.: Ю.П.Адлер [и др.]. – М.: Дело, 2001.
24. Шиленко, Ю.В. Стратегия обеспечения качества медицинской помощи населению / Ю.В.Шиленко, А.С.Акопян, Р.С.Бочкаев // Проблемы управления здравоохранением. – 2002. – №1. – С.54–59.
25. Степаненко, А. Контроль качества медицинской помощи в Украине – голый король? [Электронный ресурс] / А.Степаненко // Ваше здоровья. – 2017. – Режим доступа: <https://www.vz.kiev.ua/ru/kontrol-yakosti-medychnoyi-dopomogy-v-ukrayinogolyj-korol>. – Дата доступа: 11.02.2021.
26. ISO 9001:2015 «Quality management systems – Requirements».
27. СТБ ISO 9001-2015 «Системы менеджмента качества. Требования».
28. ISO 9004:2018 «Quality management – Quality of an organization – Guidance to achieve sustained success».
29. ГОСТ Р ИСО 9004-2019 «Менеджмент качества. Качество организации. Руководство по достижению устойчивого успеха организации».
30. Айыпханова, А.Т. Ценностно-ориентированное здравоохранение и система оценки контроля качества в рамках внедрения системы обязательного социального медицинского страхования [Электронный ресурс] / А.Т.Айыпханова, З.М.Темекова, А.С.Онербекова // Сайт Республиканского центра развития здравоохранения (Республика Казахстан). – 2017. – Режим доступа: <http://www.rcrz.kz/index.php/ru/2017-03-12-10-51-14/analiticheskaya-spravka-policy-brief/21-glavnaya/213-policy-brief-1>. – Дата доступа: 22.02.2021.
31. Denmark: Health System review / M.Strandberg-Larsen [et al.] // Health Systems in Transition. – 2007. – Vol.9, No.6. – 164 p.
32. Обеспечение качества в системе здравоохранения [Электронный ресурс] / Министерство здравоохранения Государства Израиль. – Режим доступа: [https://www.health.gov.il/Russian/Subjects/Quality\\_Assurance\\_Division/hospitals/Pages/default.aspx](https://www.health.gov.il/Russian/Subjects/Quality_Assurance_Division/hospitals/Pages/default.aspx). – Дата доступа: 22.02.2021.
33. Минздрав формирует департамент качества медицинской помощи [Электронный ресурс] // Интерфакс-Украина. – 2020. – Режим доступа: <https://interfax.com.ua/news/pharmacy/673283.html>. – Дата доступа: 22.02.2021.
34. Об организации клинико-экспертной оценки качества оказания медицинской помощи и медицинского обслуживания [Электронный ресурс]: приказ Министерства здравоохранения Украины, 5 февр. 2016 г., №69 // Законодательство Украины. – Режим доступа: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0285-16#Text>. – Дата доступа: 22.02.2021.
35. Об утверждении Концепции управления качеством медицинской помощи в сфере здравоохранения Украины на период до 2020 года [Электронный ресурс]: приказ Министерства здравоохранения Украины, 1 авг. 2011 г., №454 // Законодательство Украины. – Режим доступа: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0454282-11#Text>. – Дата доступа: 22.02.2021.
36. О мониторинге клинических индикаторов качества медицинской помощи [Электронный ресурс]: приказ Министерства здравоохранения Украины, 11 сент. 2013 г., №795 // Законодательство Украины. – Режим доступа: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1669-13#Text>. – Дата доступа: 22.02.2021.
37. О порядке контроля качества медицинской помощи [Электронный ресурс]: приказ Министерства здравоохранения Украины, 28 сент. 2012 г., №752 // Законодательство Украины. – Режим доступа: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1996-12#Text>. – Дата доступа: 22.02.2021.
38. Об утверждении правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг (помощи) [Электронный ресурс]: приказ Министра здравоохранения Респ. Казахстан, 3 дек. 2020 г. №КР ДСМ-230/2020 // Адлет: информационно-правовая система нормативных правовых актов Респ. Казахстан. – Режим поиска: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021727>. – Дата доступа: 22.02.2021.

**MEDICAL CARE QUALITY IMPROVEMENT: STRATEGIES, WORLD EXPERIENCE, MAIN TRENDS**

<sup>1</sup>I.A. Kireeva, <sup>2</sup>V.B.Smychek, <sup>3</sup>D.Yu.Ruzanov, <sup>2</sup>A.V.Kopytok, <sup>2</sup>D.S.Kazakevich, <sup>2</sup>A.V.Zuyeva

<sup>1</sup>Ministry of Health of the Republic of Belarus, 39, Myasnikova Str., 220048, Minsk, Republic of Belarus

<sup>2</sup>Republican Scientific and Practical Center for Medical Assessment and Rehabilitation, 93, Kolodishchansky Village Council, 223027, district of the village of Yukhnovka, Minsk District, Minsk Region, Republic of Belarus

<sup>3</sup>Republican Scientific and Practical Center for Medical Technologies, Informatization, Administration and Management of Health (RSPC MT), 7a, P.Brovki Str., 220013, Minsk, Republic of Belarus

State and world experience in monitoring, evaluating, managing and continuously improving of medical care quality are studied. General patterns of formation of the quality assurance system development strategy, quality management models are formulated.

Keywords: medical care quality; healthcare system; model; principles; quality management.

**Сведения об авторах:**

**Киреева Ирина Александровна;** Министерство здравоохранения Республики Беларусь, начальник главного управления контроля качества

медицинской помощи, медицинских экспертиз, обращений граждан и юридических лиц; тел.: (+37517) 2005855; e-mail: krvirina@mail.ru.

**Смычѣк Василий Борисович,** д-р мед. наук, профессор; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», директор; тел.: (+37529) 7662508; e-mail: rnrpc@meir.by.

**Рузанов Дмитрий Юрьевич,** канд. мед. наук, доцент; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», директор; тел.: (+37529) 6315261; e-mail: druzanov@belcmt.by.

**Копыток Анна Владимировна,** канд. биол. наук, доцент; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», зам. директора по организационно-методической работе; тел.: (+37529) 6456022; e-mail: zam.omr@meir.by.

**Казакевич Диана Сергеевна,** канд. мед. наук, доцент; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», зам. директора по научной работе; тел.: (+37529) 3177133; e-mail: zam.nauka@meir.by.

**Зуева Алина Викторовна,** ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», отдел научно-технической информации и организационно-методической работы, научный сотрудник; тел.: (+37525) 9380643; onti@meir.by.

*Поступила 10.01.2022 г.*