

УДК 616-036.82/.85:616-082]:005.336.3 (476)

НАУЧНЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ КАК НЕОТЪЕМЛЕМОЙ ЧАСТИ НАЦИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

И.А.Киреева

Министерство здравоохранения Республики Беларусь,
ул. Мясникова, 39, 220048, г. Минск, Республика Беларусь

Охарактеризована Национальная система управления качеством оказания медицинской помощи (МП) в Республике Беларусь, представляющая собой совокупность управляемых структур и алгоритмов действий, направленных на обеспечение пациентов качественной МП. Особое внимание уделено системе управления качеством медицинской реабилитации как составляющей Национальной системы управления качеством оказания МП.

Ключевые слова: *качество медицинской помощи (КМП); качество медицинской реабилитации; управление; Республика Беларусь; государственная политика; национальная система управления КМП.*

В условиях развития рыночных отношений в здравоохранении организациям здравоохранения необходимо обеспечивать свою конкурентоспособность. Залог конкурентоспособности – высокий уровень качества медицинской помощи (далее – КМП). В связи с этим, обеспечение надлежащего качества и доступности медицинской помощи, включая лекарственное обеспечение, – одно из основных направлений государственной политики в области здравоохранения Республики Беларусь [1].

Качество медицинской помощи является одним из основных параметров в здравоохранении, так как оно, во многом, определяет уровень здоровья и качество жизни населения [2].

Согласно Закону Республики Беларусь «О здравоохранении» (далее – Закон), качество медицинской помощи – совокупность характеристик медицинской помощи, отражающих ее способность удовлетворять потребности пациента, своевременность оказания медицинской помощи, степень ее соответствия клиническим протоколам и иным нормативным правовым актам в области здравоохранения, а также степень достижения запланированного результата оказания медицинской помощи [3]. Это определение качества медицинской помощи распространяется на профилактику, лечение, реабилитацию и паллиативную помощь.

Качество медицинской помощи включает в себя три основных компонента, соответствую-

щие по сути трем подходам к его обеспечению и оценке:

качество структуры (структурный подход) характеризует условия оказания медицинской помощи населению (санитарно-техническое состояние зданий и сооружений; обеспеченность кадрами и их квалификация; техническое состояние медицинского оборудования; информационное обеспечение, лекарственное обеспечение; питание; уровень сервисных услуг и др.). Данный компонент определяется по отношению к системе здравоохранения в целом, организации здравоохранения (далее – ОЗ),циальному ее структурному подразделению, конкретному медицинскому работнику;

качество процесса (процессный подход) характеризует все этапы процесса оказания медицинской помощи (технологии профилактики, диагностики, лечения, реабилитации; санитарно-эпидемиологическое благополучие, производство лекарственных средств и медицинской техники и др.) и оценивается как соблюдение стандартов. Одним из параметров, характеризующих качество технологии, может служить наличие или отсутствие врачебных ошибок. Качество технологии оценивается только на одном уровне – по отношению к конкретному пациенту с учетом клинического диагноза, сопутствующей патологии, его возраста и других факторов;

качество результата (результативный подход) характеризует итог оказания медицинской помо-

щи, то есть, позволяет судить, насколько фактически достигнутые результаты соответствуют реально достижимым/ожидаемым с учетом клинического диагноза, возраста и других влияющих на исход заболевания факторов (доступность лечения; безопасность лечения; оптимальность лечения; его стоимость; средняя длительность лечения; исходы лечения; удовлетворенность пациента и т.п.). Обычно качество результата оценивают на трех уровнях: по отношению к конкретному пациенту, всем пациентам организации здравоохранения, к населению в целом [4; 5].

Качество медицинской помощи является основной целевой функцией и, в то же время, критерием деятельности системы здравоохранения от ее низшего звена – организации здравоохранения, до высшего – Министерства здравоохранения [6].

На достижение этой цели направлено инновационное развитие здравоохранения, которое является в настоящее время приоритетом для нашей страны [7]. Для его ускорения и совершенствования медицинской помощи населению на основе достижений медицинской науки, создания и внедрения новых эффективных лечебно-диагностических технологий и лекарственных средств в медицинскую практику реализуется Стратегия научно-технического и инновационного развития здравоохранения Республики Беларусь на 2021–2025 годы и на период до 2040 года [8].

Инновационное развитие здравоохранения в Республике Беларусь обеспечивается связанными между собой экономическими, образовательными, информационными, организационными механизмами и направлено на повышение качества медицинских услуг.

Следует отметить, что экономический компонент остается значимой характеристикой развития здравоохранения. С одной стороны, это означает снижение издержек, а, с другой, – поиск источников дополнительного финансирования. При этом, лечение должно оставаться и качественным, и экономически обоснованным [9; 10].

На современном этапе развития здравоохранения вместе с имеющимися успехами по доступности медицинской помощи пришло понимание необходимости непрерывного повышения качества ее оказания при эффективном использовании ресурсов.

Для совершенствования деятельности по обеспечению качества медицинской помощи необходимо:

создать соответствующую законодательную и нормативно-правовую базу по регулированию механизмов обеспечения качества медицинской помощи;

привести в соответствие с нормативно-правовой базой структуры и ресурсы (кадровые, финансовые, материальные и информационные);

создать соответствующие технологические стандарты и стандарты результатов и эффективнее контролировать выполнение медицинских технологий.

В настоящее время проблема оценки КМП – одна из сложнейших и важнейших задач, непосредственно связанных с политикой и стратегией здравоохранения. Она все более усиливается по мере нарастания интенсивности труда в сфере оказания медицинских услуг.

Оценка качества оказываемой медицинской помощи означает установление степени соответствия лечебно-диагностической помощи отраслевым критериям и стандартам. При этом, в Республике Беларусь упор делается на формирование системы управления качеством, а не на контроль качества медицинской помощи. Основным отличием системного подхода к управлению качеством от контроля качества является то, что контроль качества – это лишь служба инспекций и тестирования фактически оказанных услуг, в то время как системный подход к управлению качеством является методологией предотвращения ошибок на самых ранних стадиях оказания медицинской помощи, и контроль качества – лишь одна из составных частей этой методологии.

В менеджмент качества включается не только руководство деятельностью по управлению качеством, но и многоплановое управление процессами, ресурсами, персоналом на всех уровнях управления и во всех сферах деятельности (всеобщий менеджмент качества). Всеобщий менеджмент качества – это подход к управлению организацией, нацеленный на качество, основывающийся на активном участии всех ее членов (персонала во всех подразделениях и на всех уровнях организационной структуры) и направленный на достижение как долгосрочного успеха путем удовлетворения требований потребителя, так и выгоды для работников организации и общества.

Требования к качеству на международном уровне определены стандартами ISO 9000, которые устанавливают единый, признанный в мире подход к оценке систем качества и регламентируют отношения между производителями и потребителями (система менеджмента качества – СМК).

Концепция непрерывного управления качеством в здравоохранении основывается на следующих подходах:

пациентоориентированный подход – соответствие системы здравоохранения ожиданиям паци-

ента (родственников пациента) и современному уровню развития науки и технологий; высокое качество обслуживания (милосердие, эмпатия, коммуникативные навыки медицинского работника, отработка маршрутов движения пациента и т.д.);

системный подход – непрерывность лечебно-диагностического процесса на всех этапах лечения при четком разграничении функций на каждом этапе оказания медицинской помощи, направленность всей управленческой деятельности на обеспечение качества медицинской помощи; четкая организация этапности медицинской помощи и преемственность;

структурный подход – переход от оценки качества к обеспечению управления им – включает материально-техническое и кадровое обеспечение организации здравоохранения (важна квалификация кадров), организацию работы, а также качество выполнения конкретных лечебно-диагностических манипуляций конкретным медицинским работником (профессиональная пригодность);

процессный подход (качество технологий и ресурсов) включает постоянное улучшение качества технологии и ресурсов (кадровые, материально-технические, информационные ресурсы). Важно создание таких условий, когда ошибка или случайное отклонение в реализации медицинской технологии не приводит к ухудшению результата при оказании медицинской помощи;

результативный подход (качество результата) – это степень достижения планируемого результата (цели) в виде отношения фактически достигнутого результата к максимально возможному итогу с учетом развития современных технологий. В качестве планируемого результата могут рассматриваться, например, динамика состояния здоровья конкретного пациента, результаты лечения всех пациентов в ОЗ за отчетный год, анализ показателей повторной госпитализации, количество случаев внутрибольничных инфекций, младенческая смертность, смертность в стационаре и др.

организационно-управленческий подход – создание и закрепление в трудовых коллективах этико-деонтологической организационной культуры, обучение персонала работе в команде, создание системы материального и морального стимулирования медицинских работников, их заинтересованности в высоком качестве результатов медицинского обслуживания населения.

При этом, если стандарты ISO 9000 провозглашают достижение качества конечной целью, то концепция всеобщего менеджмента качества рассматривает достижение качества как непрерывный процесс [9]:

качество – цель номер один;
сотрудники – ценность номер один;
командный дух;
эффективный менеджмент;
справедливость как основа мотивации и вера как основа оптимизма;

улучшение имиджа и репутации организации.

В Республике Беларусь, опираясь на мировой опыт, продолжено совершенствование системы управления качеством оказания медицинской помощи, и, в первую очередь, внесены изменения и дополнения в основной Закон «О здравоохранении» с учетом практики его применения, приведения существующих положений в соответствие с международно-правовыми нормами и иными актами законодательства [3].

Разработан целый ряд подзаконных актов, регламентирующих порядок проведения контроля качества оказания медицинской помощи, а также утверждающих критерии качества по условиям оказания медицинской помощи и по классам болезней [11].

Критерии качества оказания медицинской помощи разработаны на основе опыта использования подобных критериев в Российской Федерации, Казахстане, Польше, Израиле и США [12–15]. Некоторые из критериев были адаптированы к условиям функционирования системы здравоохранения Беларуси, что позволило избежать ошибок и ускорить процесс разработки многоуровневой многокомпонентной системы управления качеством медицинской помощи, определить ее организационные принципы и структуру.

На законодательном уровне закреплено понятие «качества» медицинской помощи; введен новый вид экспертизы – экспертиза качества медицинской помощи.

Создан новый правовой институт в сфере здравоохранения – медицинская аккредитация государственных организаций здравоохранения – как важнейший механизм системы управления качеством медицинской помощи. Эта процедура призвана повышать качество и безопасность медицинского обслуживания населения, обеспечить защиту интересов пациентов при предоставлении медицинских услуг. Аккредитация является инструментом внешнего контроля деятельности организации здравоохранения, но необходима она, прежде всего, для самой организации.

Результаты медицинской аккредитации ОЗ являются основой повышения эффективности использования бюджетного финансирования здравоохранения.

Введено понятие профессионального риска, уточнены понятия биомедицинских клеточных продуктов, проведен ряд важных уточнений по порядку прохождения медицинских осмотров, других менее значимых, но необходимых положений, характеризующих работу системы здравоохранения. В Законе закреплено определение университетской клиники как учреждения, объединяющего медицинскую практику, науку и образование.

Предусмотренная Законом «О здравоохранении» клинико-экономическая (фармакоэкономическая) экспертиза является инструментом для отбора наиболее экономически выгодных, безопасных и эффективных медицинских технологий, в том числе, лекарственных средств и медицинских изделий.

Закон дополнен главой, посвященной государственному социальному заказу в области здравоохранения. Данный механизм обеспечит возможность привлечения негосударственных организаций, осуществляющих медицинскую деятельность, к оказанию медицинской помощи.

Законом созданы условия для дальнейшего внедрения электронного здравоохранения, элементами которого являются электронная медицинская карта пациента, регистры, электронные сервисы для пациента с использованием личного кабинета.

Вводимая Законом резидентура заменит клиническую ординатуру и позволит менять профиль медицинской специальности для реализации имеющегося профессионального потенциала медицинского работника.

Задачи обеспечения, улучшения и управления качеством медицинской помощи, решаемые в настоящее время в Республике Беларусь, во многом созвучны аналогичным задачам в других странах и Всемирной организации здравоохранения [16].

В современных условиях система управления качеством медицинской помощи представляет собой совокупность управлеченческих структур и алгоритмов действий, направленных на обеспечение пациентов качественной медицинской помощью.

Компонентами системы управления качеством являются в полной мере работающие звенья этой системы:

нормативные документы, приказы, положения, инструкции, стандарты (протоколы) диагностики и лечения, содержащие требования к технологии оказания медицинской помощи в различных типах ОЗ и конкретные результаты;

контроль качества медицинской помощи в рамках контрольной (надзорной) деятельности, система ведомственной вертикали контроля качества медицинской помощи; лицензирование медицинской/фармацевтической деятельности; медицинская аккредитация; государственный контроль за производством, хранением, реализацией и качеством изделий медицинского назначения и медицинской техники; контроль качества лекарственных средств; клинико-экономическая (фармакоэкономическая) экспертиза.

На стадии внедрения в практику находятся инновационные технологии финансирования медицинской помощи по клинико-затратным группам (далее – КЗГ).

В здравоохранении Республики Беларусь создана многоуровневая многокомпонентная Национальная система управления качеством медицинской помощи, базирующаяся на стандартизации, доказательной медицине и клинико-экономическом анализе. Она постоянно совершенствуется путем разработки и установления требований, норм, правил, характеристик условий, продукции, технологий, услуг, применяемых в здравоохранении, на основе критического анализа результатов научных исследований с учетом экономической целесообразности [17].

Кадровое обеспечение службы контроля качества – не простая задача, поскольку подготовка врачей-экспертов требует времени. В ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования» создана кафедра медицинской экспертизы и оценки качества оказания медицинской помощи. Кроме того, проводится подготовка в докторантуре, аспирантуре, клинической ординатуре.

Структура системы управления качеством оказания медицинской помощи – это многоуровневая вертикаль, начиная от республиканского уровня, заканчивая первичным уровнем в организациях здравоохранения.

Республиканский уровень представлен главным управлением контроля медицинской деятельности и обращения лекарственных средств Минздрава. Это управление осуществляет контроль и координацию работы по обеспечению качества медицинской помощи в целом во всей стране, обеспечивает организационно-методическое руководство службами контроля в регионах и на местах. Также на уровне управления рассматриваются самые сложные случаи экспертизы и оценки качества медицинской помощи, функциониру-

ет лечебно-контрольный совет Министерства здравоохранения.

Координационно-аналитическая деятельность в области оценки качества медицинской помощи возложена на ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации». Также во всех республиканских научно-практических центрах созданы экспертные отделы, которые оценивают качество медицинской помощи не только в своей организации, но и в курируемых ими специализированных службах.

Областной уровень системы управления качеством медицинской помощи представлен главными управлениями по здравоохранению облисполкомов и комитетом по здравоохранению г. Минска. Оценивают качество медицинской помощи в регионах областные отделы контроля качества, которые созданы на базе медико-реабилитационных экспертных комиссий (далее – МРЭК), поскольку МРЭК в Беларусь входят в систему здравоохранения (в России – в систему социальной защиты). В МРЭК сконцентрированы медицинские эксперты. Во всех регионах организованы лечебно-контрольные советы, их возглавляют начальники главных управлений по здравоохранению облисполкомов.

Первичный уровень системы контроля качества – это врачебно-консультационные комиссии (далее – ВКК), возглавляемые заместителем главного врача по экспертизе и контролю качества в каждой организации здравоохранения. Численность экспертов и состав ВКК зависят от мощности ОЗ.

Практическая реализация системы управления качеством медицинской помощи идет на всех уровнях ее оказания. Отделы контроля качества в регионах и ВКК не только оценивают качество медицинской помощи, но и разрабатывают мероприятия по предупреждению, выявлению и устранению недостатков и причин, способствующих их возникновению.

Такой системный подход к выявлению и устранению причин и условий, повлекших снижение качества медицинской помощи, а не просто выявление отдельных нарушений и недостатков, а также комплексный анализ результатов экспертизы и оценки качества медицинской помощи позволяют более эффективно и целенаправленно управлять деятельностью организации здравоохранения.

В целях управления качеством в процессе оказания медицинской помощи в организациях здравоохранения, с учетом опыта реализации подобных подходов в Российской Федерации [18; 19],

в Беларусь может быть внедрена отраслевая система внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности – комплекс постоянно проводимых мероприятий, направленных на предупреждение и выявление ошибок. Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности является обязательным элементом, без которого организация здравоохранения не может осуществлять медицинскую деятельность.

Функционирование отраслевой системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, охватывающей амбулаторно-поликлинические и больничные организации, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях соответственно, а также структурные подразделения организаций здравоохранения и профильные организации (отделения дневного пребывания (оказание медицинской помощи в условиях отделения дневного пребывания), клинические лаборатории и стоматологические поликлиники) должно регулироваться приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь, утверждающим инструкции по организации и проведению этого контроля при оказании медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических и больничных организациях; в условиях отделения дневного пребывания; в клинической лаборатории; стоматологической поликлинике; контроля (оценки) качества медицинских экспертиз [20–22].

Важной составной частью процесса оказания медицинской помощи является медицинская реабилитация (далее – МР) – комплекс лечебно-профилактических мероприятий, направленных на восстановление здоровья пациента. Медицинская реабилитация как самостоятельная дисциплина развивается в последние десятилетия ускоренными темпами по всему миру [23].

Этому способствуют успехи медицины, увеличение продолжительности жизни и признание обществом целесообразности вложения средств в восстановление качества жизни пациентов, успешно прошедших лечение после тяжелых заболеваний и травм [24].

Рост потребности в реабилитации обусловлен следующими основными факторами:

изменение демографической ситуации в обществе: рост удельного веса лиц пожилого и старческого возраста;

изменение в состоянии здоровья населения: рост хронических заболеваний с длительным ограничением возможностей жизнепроявления и дееспособности, напрямую связанных с инвалид-

ностью (кардиоваскулярные, онкологические заболевания и др.);

изменения условий жизни: урбанизация, большая занятость в среде производства, малочисленные семьи и другие условия существования, предъявляющие высокие требования к здоровью.

Динамика процесса развития реабилитации неизменно ставит вопрос об оптимальных подходах, принципах и формах оценки качества реабилитационного процесса. Учитывая разнообразие организационных структур и профессиональных направлений отрасли, создание и внедрение в практику адекватного списка индикаторов качества является сложной задачей [24].

Вместе с тем, контроль экономической целесообразности реабилитации пациента с использованием показателей и признанных индикаторов – одна из первостепенных задач, особенно в условиях ограниченных ресурсов здравоохранения.

Поскольку управление качеством медицинской реабилитации является неотъемлемой частью Национальной системы управления качеством оказания медицинской помощи, при анализе уровня качества и эффективности медицинской реабилитации пациентов используют схожие параметры, выработанные экспертным путем и определяющие органическую взаимосвязь структуры, процесса и результата.

Для обеспечения качества структуры реабилитации требуются определенные условия: адекватные площади, обученная профессиональная команда и современное оборудование. Площадь ОЗ должна быть достаточна для лечебной работы всех членов команды, самостоятельного тренинга и активности пациентов в свободное время, а также для совместной работы команды, включая заседания, совместные осмотры пациентов, работу с семьями.

Уровень реабилитационного лечения в большей степени зависит от многопрофильной профессиональной команды. Реабилитационной командой должен руководить врач-реабилитолог, прошедший соответствующий профессиональный тренинг и обладающий необходимыми компетенциями [24]. Кроме того, в состав команды обязательно должны входить профессионалы, также прошедшие соответствующее обучение. Обычно в этот список входят реабилитационная сестра, специалисты по двигательной, ментальной и речевой реабилитации, социальный работник и психолог.

Достижение качества процесса МР предполагает выполнение нескольких составляющих. Одной из важнейших отличительных особенностей реабилитационной медицины является разработка индивидуальной программы, построенной на ос-

нове принципов Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) с учетом всех ее компонентов – структуры и функции, активности, участия, характеристик здоровья, факторов окружающей среды и индивидуальных характеристик пациента [25; 26].

Несмотря на важность индивидуальной программы, использование клинических протоколов обеспечивает высокий уровень профессиональной помощи и является принятым индикатором качества процесса медицинской реабилитации [27].

Пациент и его семья являются активной частью реабилитационного процесса. Постоянный контакт с пациентом, своевременная передача профессиональной информации и обсуждение динамики и целей проводимой программы реабилитации происходят постоянно в большинстве реабилитационных структур [28]. Оценка эффективности участия пациента и его семьи в процессе МР – важный показатель качества, обычно оцениваемый ежегодно методом анкетирования пациентов и членов их семей.

При всей важности индикаторов структуры и процесса главное внимание в оценке качества медицинской реабилитации уделяется показателям результата, основными из которых являются выписка пациента из реабилитационной ОЗ, улучшение функциональных показателей пациента и повышение его уровня жизни. В связи с этим, группа индикаторов, характеризующих состояние пациента после завершения лечебного этапа, является существенной составляющей оценки качества результата реабилитации в целом.

Наиболее распространенным индикатором качества результата реабилитационного лечения является процент возврата домой по окончании стационарной реабилитации после заболеваний и травм. Например, в Израиле этот показатель превышает 80% [24].

В разных странах и реабилитационных системах приняты различные методики регистрации и сбора результатов процесса контроля качества. Так, документ Европейского бюро Всемирной организации здравоохранения формулирует пять возможных методов:

контроль официального правительственного ведомства, такого как Министерство здравоохранения, который обычно проводится с определенной периодичностью;

оценка удовлетворенности пациентов и членов их семей (анкетирование);

оценка внешней инспекции, позволяющая проанализировать качество реабилитации и ее соот-

ветствие принятым стандартам, такая как процесс аккредитации различными организациями или профессиональными сообществами;

регистрация и анализ статистических индикаторов, как правило, фиксируемых с помощью электронных систем сбора информации;

внутренний текущий и периодический контроль качества оказываемой помощи с использованием функциональных и административных систем и шкал объективной оценки, проводимый профессиональной командой и руководством ОЗ [29].

Оценка качества оказания медицинской реабилитации в Республике Беларусь осуществляется в соответствии с нормативными правовыми актами, основными из которых являются [3; 11; 30–40]:

Закон Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. №2435-XII «О здравоохранении»;

Закон Республики Беларусь от 18.07.2011 №300-3 (ред. от 17.07.2020) «Об обращениях граждан и юридических лиц»;

постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20.12.2008 №224 (ред. от 27.05.2021) «Об утверждении инструкции о порядке проведения врачебных консультаций (консилиумов);

постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 07.06.2021 №75 «Об утверждении инструкции о структуре и порядке формирования электронной медицинской карты пациента, личного электронного кабинета пациента»;

постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21.05.2021 №55 «Об оценке качества медицинской помощи и медицинских экспертиз, экспертизе качества медицинской помощи»;

постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь, утверждающие инструкции о порядке и случаях проведения оценки качества медицинской помощи и медицинских экспертиз, порядок проведения экспертизы временной нетрудоспособности; клинические протоколы медицинской реабилитации пациентов;

приказы Министерства здравоохранения Республики Беларусь, утверждающие инструкции о порядке оказания медицинской реабилитации в амбулаторных, стационарных условиях, в условиях отделения дневного пребывания, а также вне организаций здравоохранения, перечень медицинских показаний и медицинских противопоказаний для направления пациентов на медицинскую реабилитацию; формы первичной медицинской документации в организациях здравоохранения и т.п.

В стране разработан Метод оценки качества оказания медицинской реабилитации, а также перечень критериев этой оценки [41].

Метод оценки качества оказания медицинской реабилитации предназначен для руководителей структурных подразделений организаций здравоохранения, заместителей руководителей организаций здравоохранения, специалистов ВКК, осуществляющих оценку качества медицинской реабилитации в организациях здравоохранения; специалистов отделов оценки качества медицинской помощи МРЭК, специалистов организаций здравоохранения, которые привлекаются по решению Министерства здравоохранения, главных управлений по здравоохранению областных исполнительных комитетов, Комитета по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета для проведения оценки качества медицинской реабилитации.

Оценка качества медицинской реабилитации проводится на предмет ее соответствия критериям оценки качества медицинской помощи по условиям ее оказания, экспертизы качества медицинской помощи по классам болезней согласно Инструкции о порядке и случаях проведения оценки качества медицинской помощи и медицинских экспертиз [11].

Для оценки качества медицинской реабилитации разработаны критерии, которые сгруппированы в два раздела [39; 41]:

Раздел I. Оказание медицинской реабилитации в амбулаторных условиях (64 критерия), в том числе, структурным (реабилитационным) подразделением организации здравоохранения; врачом-реабилитологом, включая проведение экспертно-реабилитационной диагностики; организацию процесса проведения МР; оформление медицинских документов (медицинской карты амбулаторного пациента).

Раздел II. Оказание медицинской реабилитации в стационарных условиях организации здравоохранения (63 критерия), ее структурных (реабилитационных) подразделениях, врачом-реабилитологом, включая проведение экспертно-реабилитационной диагностики; организацию процесса проведения МР; оформление медицинских документов (медицинской карты стационарного пациента).

В обоих разделах отражены:

общие вопросы, среди которых соблюдение порядка направления пациентов на медицинской реабилитацию в организации здравоохранения, соблюдение сроков проведения МР в организации здравоохранения и др.;

организация работы по оценке качества оказания медицинской реабилитации, в том числе, наличие плана проведения оценки качества оказания МР, выполнение управленческих решений по улучшению качества оказания МР за последний отчетный период (год) на основе реализации принятых локальных актов и Инструкции о проведении оценки качества.

Среди критерииев оценки качества оказания реабилитационной помощи структурными (реабилитационными) подразделениями организаций здравоохранения обязательным является такой критерий, как наличие клинических протоколов диагностики и лечения, протоколов МР по профилю, нормативных правовых актов, локальных актов, регламентирующих оказание медицинской помощи, проведение МР и деятельность врача. Кроме этого, применяются такие критерии, как отсутствие случаев несвоевременной консультации врачей-специалистов, соблюдение порядка разработки (формирования) индивидуальной программы МР или абилитации (ИПМРА) пациента в подразделении; отсутствие обоснованных жалоб на медицинский персонал отделения в течение последнего отчетного периода (года) и др. [26].

При оценке качества работы врачей-реабилитологов добавлены критерии по выполнению решений администрации организации (заведующего отделением) по улучшению качества работы за последний отчетный период (год).

Экспертно-реабилитационная диагностика оценивается по 8 критериям: определение категорий жизнедеятельности, определение реабилитационного потенциала пациента, определение реабилитационного прогноза пациента, проведение первичного осмотра врачом-реабилитологом совместно с руководителем структурного подразделения с оформлением медицинских документов с указанием жалоб, полного анамнеза, объективного статуса; отсутствие случаев несвоевременного представления пациентов на заседание ВКК.

Организация процесса проведения МР (21 критерий): наличие у пациента при поступлении на МР выписки из медицинских документов; соблюдение сроков проведения МР; наличие ИПМРА пациента; достижение запланированной цели МР.

Оформление медицинских документов (8 критериев): оформление по окончании МР выписки из стационарной карты с указанием: клинико-функционального диагноза, результатов обследования, наличия и степени выраженности функциональных нарушений, наличия и степени выраженности ограничений жизнедеятельности, проведен-

ных реабилитационных мероприятий, заключительных рекомендаций; ведение дневников врачебных наблюдений и назначений.

Таким образом, одним из ключевых элементов контроля качества медицинской помощи, в том числе, медицинской реабилитации, является оценка наличия и соблюдения документов, определяющих организацию и оказание медицинской помощи (клинические протоколы, порядки оказания медицинской помощи, а также справки/акты проверок организаций контролирующими органами) [11; 42].

Для аprobации разработанного Метода и критерииев оценки качества оказания медицинской реабилитации определен перечень базовых организаций здравоохранения (2 республиканские и по 4 из каждого региона) по реализации пилотного проекта. Пилотный проект проведен в 30 организациях здравоохранения, и по его результатам будут подготовлены предложения по корректировке постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21 мая 2021 г. №55 «Об оценке качества медицинской помощи и медицинских экспертиз, экспертизе качества медицинской помощи» [11].

Формирование и внедрение эффективной и профессиональной системы управления качеством медицинской реабилитации является важнейшим стимулом ее развития. Например, введение регулярного аудита, проводимого врачами-реабилитологами в Израиле, привело в течение нескольких лет к значительному снижению длительности госпитализации в отделениях реабилитации, повышению эффективности лечебного процесса и развитию амбулаторных систем реабилитации [24].

Постоянный анализ показателей и проведение организационных и профессиональных мероприятий способствуют повышению уровня медицинской реабилитации. Оптимальный список критериев/индикаторов качества помогает выявить слабые стороны процесса и объективно отражает тенденции улучшения и роста. При этом, более важным является динамика показателей качества, а не абсолютное значение индикатора. При использовании стандартных, общепринятых и валидизированных индикаторов появляется возможность сравнения качества в разных реабилитационных организациях на региональном, национальном и международном уровнях. Такое сравнение представляет огромную ценность для руководства, профессиональной команды и пациентов.

Широкое распространение в профессиональном мире новой парадигмы МКФ Всемирной организации здравоохранения предоставляет перспек-

тивную платформу для создания международных критериев/индикаторов качества МР на основе общепринятых элементов МКФ. Однако, этот процесс требует активного внедрения в ежедневную практику цифровых показателей новой парадигмы, а также проведения научных исследований, направленных на разработку и доказательство эффективности индикаторов качества, построенных на принципах МКФ.

Таким образом, в настоящее время в Республике Беларусь разработано нормативное обеспечение системы управления качеством медицинской помощи, в том числе, медицинской реабилитации; выстроена ее структура – вертикаль контроля качества; ведется подготовка кадров; начата практическая реализация данного направления работы, уже есть определенные успехи.

Подводя итог, следует отметить, что проблема КМП и эффективности ее оказания сегодня занимает приоритетное место среди проблем белорусского здравоохранения. Происходящие в стране процессы модернизации в области здравоохранения диктуют необходимость пересмотра концепции управления качеством медицинской и лекарственной помощи. Актуальными остаются вопросы повышения качества управлеченческих процессов в системе здравоохранения на региональном уровне, лекарственного обеспечения пациентов с определенной патологией с учетом особенностей региона.

Реформа системы здравоохранения и, в первую очередь, преодоление структурных диспропорций в сочетании с поиском внутрисистемных источников экономии средств и ресурсов, ни в коем случае не должна затронуть качество и доступность медицинской помощи для широких слоев населения.

Политика управления качеством медицинской помощи в Республике Беларусь разработана с учетом социально-экономических условий развития здравоохранения, существующей практики оказания медицинской помощи населению, опыта других стран и мнения международных экспертов по проблеме качества медицинской помощи.

Основными задачами по развитию и совершенствованию Национальной системы управления качеством медицинской помощи в Республике Беларусь, включая медицинскую реабилитацию, являются:

совершенствование кадровой политики для эффективных методов управления качеством медицинской помощи и их научно обоснованный выбор;

переход на оплату медицинской помощи по КЗГ за оказанный объем и качество медицинской помощи;

совершенствование анализа результатов экспертизы и оценки качества медицинской помощи;

совершенствование критерии экспертизы и оценки качества медицинской помощи;

создание автоматизированной информационно-аналитической системы контроля качества оказания медицинской помощи.

В улучшении качества медицинской помощи заинтересованы как население, так и правительство, руководители исполнительной власти, представители Министерства здравоохранения, работодатели и медицинские работники. Следовательно, только государственный и межотраслевой подход к формированию политики в данной области позволит обеспечить доступность и высокое качество медицинской помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Доступность и качество медицинской помощи как основные принципы здравоохранения Республики Беларусь / М.М.Сачек, И.В.Малахова, И.И.Новик, И.П.Щербинская // Сб. научн.-практ. конф.с между. участием «Всемирный день здоровья 2018 г.», посв. всеобщему охвату услугами здравоохр. и 70-летию ВОЗ. Киев, 5–6 апреля 2018 г. – Киев, 2018. – С.161–163.
2. Герасимов, Б.Н. Механизм и модель управления качеством медицинского обслуживания / Б.Н.Герасимов, Е.А.Иванова // Экономика и бизнес: теория и практика. – 2016. – №5. – С.44–49.
3. О здравоохранении [Электронный ресурс]: Закон Респ. Беларусь, 18 июня 1993 г., №2435-ХII // Эталон. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2022.
4. Donabedian, A. The quality of care: how can it be assessed? / A.Donabedian // JAMA. – 1988. – Vol.260, No.12. – P.1743–1748.
5. Щепин, О.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / О.П.Щепин, В.А.Медик. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 592 с.: ил. – (Послевузовское образование).
6. Калинина, Т.В. Медико-социальная характеристика факторов, влияющих на формирование общественного здоровья / Т.В.Калинина, И.В.Малахова // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2010. – №2. – С.4–9.
7. Малахова, И.В. Стратегические ориентиры инновационного развития здравоохранения Республики Беларусь / И.В.Малахова, Д.Ю.Рузанов, А.В. Семенов // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2021. – №1. – С.4–11.
8. Рузанов, Д.Ю. Организационные технологии, направленные на инновационное развитие системы здравоохранения Республики Беларусь и повышение ее конкурентоспособности / Д.Ю.Рузанов,

- И.В.Малахова, И.И.Новик // От истоков к достижениям XXI века: сб. науч. тр. науч.-практ. конф. с межд. участием, посв. 90-летию БелМАПО, Минск, 7–8 октября 2021 г. / редколл.: А.Н.Чуканов [и др.]. – Минск: БелМАПО, 2021. – С.101–107.
9. Глушанко, В.С. Методика расчета и анализа индикаторов качества медицинской помощи населению: учеб.-метод. пособие / В.С.Глушанко, А.П. Тимофеева, А.А.Герберг; под общ. ред. д-ра мед. наук, проф. В.С.Глушанко. – Витебск: ВГМУ, 2021. – 349 с.
10. Система оценки качества и эффективности медицинской помощи на основе модели конечных результатов / А.К.Цыбин, Т.И.Терехович, В.В.Антилевский, А.А.Гракович, Т.И.Атрашкевич, И.В.Малахова // Медицинские новости. – 2005. – №12. – С.95–100.
11. Об оценке качества медицинской помощи и медицинских экспертиз, экспертизе качества медицинской помощи [Электронный ресурс]: постановление Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 21 мая 2021 г., №55 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2022.
12. Об утверждении критерии оценки качества медицинской помощи [Электронный ресурс]: приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации, 10 мая 2017 г., №203н // Российская газета. – 2017. – Режим доступа: <https://cdnimg.rg.ru/pril/140/46/90/46740.pdf>. – Дата доступа: 11.02.2021.
13. Лукьянцева, Д.В. Обзор мирового опыта разработки показателей оценки качества медицинской помощи для амбулаторного этапа ее оказания / Д.В.Лукьянцева, О.А.Сухоруких, В.В.Омельяновский // Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология.– 2018. – Т.11, №1. – С.45–49.
14. Об утверждении правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг (помощи): приказ Министра здравоохранения Казахстана, 3 дек. 2020 г., №КР ДСМ-230/2020.
15. Линденбрaten, А.Л. Методические подходы к оценке качества организации медицинской помощи / А.Л.Линденбратен // Здравоохранение. – 2015. – №1. – С.74–79.
16. Руководство по национальной политике и стратегии в области качества: практический подход к разработке политики и стратегии в целях повышения качества медицинской помощи [Электронный ресурс]. – Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2018. – 88 с. – Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. – Режим доступа: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/278964/9789244565568-rus.pdf?ua=1>. – Дата доступа: 11.02.2021.
17. Качество медицинской помощи: дефиниции, международный опыт, национальные особенности [Электронный ресурс] // Здравоохранение. – 2020. – №5. – Режим доступа: <http://www.zdrav.by/kruglyj-stol/kachestvo-medyczinskoy-pomoshhi-definiczii-mezhdunarodnyj-opryt-naczhonalnye-osobennosti/>. – Дата доступа: 22.02.2021.
18. Серегина, И.Ф. Состояние организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в субъектах Российской Федерации / И.Ф.Серегина, С.В.Боброва, И.В.Иванов // Вестник Росздравнадзора – 2015. – №6. – С.34–37.
19. Система оказания медицинской помощи в Российской Федерации / под ред. В.В.Омельяновского. – М.: Наука, 2019. – С.163–171.
20. Разработать и внедрить отраслевую систему организации и проведения контроля качества и безопасности медицинской деятельности в Республике Беларусь: отчет о НИР (промежуточный) / РНПЦ МТ; рук. И.В.Малахова; исполн.: Н.Е.Хейфец [и др.]. – Минск, 2021. – 284 с. – №ГР 20211162.
21. Хейфец, Н.Е. Отраслевая система внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в Республике Беларусь в национальной системе оценки качества медицинской помощи / Н.Е.Хейфец, И.В.Малахова, Е.Н.Хейфец // Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности: материалы X межд. науч.-практ. конф., посв. 30-летию социальной работы в России, Улан-Удэ, 23–24 сент. 2021 г. / отв. ред. Ю.Ю.Шурыгина. – Улан-Удэ: Изд-во Восточно-Сибирского гос. ун-та технологий и управления (ВСГУТУ), 2021. – С.310–312.
22. 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 сб. материалов VIII Всероссийской с межд. участием заочной науч.-практ. конф.: в 2 ч. / под ред. з.д.н. РФ, д.м.н., проф. В.С.Лучкевича. – Ч.2. – СПб., 2021. – С.317–330.
23. Повышение качества медицинской помощи: стратегии, мировой опыт, основные тенденции / И.А.Киреева, В.Б.Смычек, Д.Ю.Рузанов, А.В.Копыток, Д.С.Казакевич, А.В.Зуева // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2022. – №1. – С.4–14.
24. Луцки, Л. Оценка качества медицинской реабилитации / Л.Луцки, Ю.Трегер // Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация. – 2020. – Т.2, №1. – С.38–48.
25. Jesus, T.S. Postacute rehabilitation quality of care: toward a shared conceptual framework / T.S.Jesus, H.Hoenig // Arch Phys Med Rehabil. – 2015. – Vol.96, No.5. – P.960–969.
26. Алгоритм комплексной реабилитации инвалидов: инструкция по применению / В.Б.Смычек, А.В.Копыток, К.В.Саверченко, С.И.Лущинская, Н.А.Якушина. – Минск, 2015. – Регистрационный №264-1215.
27. Patient reported experiences of using community rehabilitation and/or support services whilst living with a long-term neurological condition: a qualitative systematic review and meta-aggregation / K.Jackson, S.Hamilton, S.Jones, S.Barr // Disabil Rehabil. – 2019. – Vol.41, No.23. – P.2731–2749.

28. A core set of outcome measures for adults with neurologic conditions undergoing rehabilitation / J.L.Moore [et al.] // J Neurol Phys Ther. – 2018. – Vol.42, No.3. – P.174–220.
29. Shaw, C. How can hospital performance be measured and monitored? [Electronic resource] / C.Shaw. – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2003. – 17 p. – Mode of access: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/74718/E82975.pdf. – Date of access: 11.02.2021.
30. Об обращениях граждан и юридических лиц [Электронный ресурс]: Закон Респ. Беларусь, 18 июля 2011 г., №300-3 // Эталон. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2022.
31. Об утверждении инструкции о порядке проведения врачебных консультаций (консилиумов) [Электронный ресурс]: постановление Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 20 дек. 2008 г., №224 // Эталон. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2022.
32. Об утверждении инструкции о структуре и порядке формирования электронной медицинской карты пациента, личного электронного кабинета пациента [Электронный ресурс]: постановление Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 7 июня 2021 г., №75 // Эталон. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2022.
33. Об утверждении инструкции о порядке проведения экспертизы временной нетрудоспособности [Электронный ресурс]: постановление Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 24 дек. 2014 г., №104 // Эталон. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2022.
34. О порядке организации и проведения медицинской реабилитации пациентов в возрасте до 18 лет: приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 31 янв. 2018 г., №65.
35. Об утверждении форм первичной медицинской документации в организациях здравоохранения, оказывающих стационарную помощь: приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 1 окт. 2007 г., №792.
36. Об утверждении форм первичной медицинской документации в амбулаторно-поликлинических организациях: приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 30 авг. 2007 г., №710 (в ред. приказа Министерства здравоохранения Респ. Беларусь от 13.08.2021 №980 «О признании утратившими силу структурных элементов приказов Министерства здравоохранения Республики Беларусь»).
37. О переходе органов управления учреждений здравоохранения Республики Беларусь на Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра: приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 21 сент. 1999 г., №296.
38. Об утверждении форм первичной медицинской документации акушерско-гинекологической и педиатрической службы: приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 26 сент. 2007 г., №774.
39. О порядке оказания медицинской реабилитации в амбулаторных, стационарных условиях, в условиях дневного пребывания, а также вне организаций здравоохранения: приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 10 дек. 2014 г., №1300.
40. О некоторых вопросах организации работы с книгой замечаний и предложений и внесении изменений и дополнения в некоторые постановления Совета Министров Республики Беларусь [Электронный ресурс]: постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 16 марта 2005 г., №285 // Эталон. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2022.
41. О реализации pilotного проекта по применению метода и критериев оценки качества оказания медицинской реабилитации: приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь, 28 дек. 2021 г., №1695.
42. Принципы управления качеством медицинской помощи / Н.Ю.Трифонова, И.Ф.Плавунов, Ю.П. Бойко, И.Г.Галь // Здравоохранение Российской Федерации. – 2015. – Т.59, №2. – С.4–7.

SCIENTIFIC AND ORGANIZATIONAL BASIS OF MEDICAL REHABILITATION QUALITY MANAGEMENT AS AN INTEGRAL PART OF THE NATIONAL SYSTEM OF QUALITY MANAGEMENT OF MEDICAL CARE PROVISION IN THE REPUBLIC OF BELARUS

I.A.Kireeva

Ministry of Health of the Republic of Belarus, 39, Myasnikova Str., 220048, Minsk, Republic of Belarus

National system of quality management of medical care provision in the Republic of Belarus is characterized as combination of managerial structures and sequence of actions aimed at providing patients with quality medical care. Special attention is paid to the system of medical rehabilitation quality management as an integral part of the national system of quality management of medical care provision in the Republic of Belarus.

Keywords: quality of medical care; quality of medical rehabilitation; management; Republic of Belarus; public policy; national system of quality management of medical care provision.

Сведения об авторе:

Киреева Ирина Александровна; Министерство здравоохранения Республики Беларусь, начальник главного управления контроля медицинской деятельности и обращения лекарственных средств; тел.: (+37517) 2005855; e-mail: krvirina@mail.ru.

Поступила 10.05.2022 г.