

31. Clinical economics in clinical trials: the measurement of cost and outcomes in the assessment of clinical services through clinical trials / K.A.Schulman, A.Ohishi, J.Park, H.A.Glick, J.M.Eisenberg // Keio Journal of Medicine. – 1999. – №1. – P.1-11.
32. Клинико-экономический анализ (оценка, выбор медицинских технологий и управление качеством медицинской помощи) / П.А.Воробьев, М.В.Авксентьева, А.С.Юрьев, М.В.Сура. – М.: Изд-во "Ньюдиамед", 2004. – 404 с.
33. Шамигурина Н.Г. Показатели социально-экономической эффективности в здравоохранении: нормативные документы с комментариями. – М.: МЦФЭР, 2005. – 320 с.
34. Клинический менеджмент / Под ред. А.И.Вялкова, В.И.Кучеренко. – М.: Медицина, 2006. – 304 с.
35. Петрович С.В. Дизайн фармакоэкономического исследования // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2004. – №1. – С.36-38.
36. Sacristan J.A., Soto J., Galende I. Evaluation of pharmaco-economic studies: utilization of a checklist // Ann. Pharmacotherapy. – 1993. – Vol.27. – P.1126-1233.
37. Принципы фармакоэкономики / Т.С.Нургожин, Е.А.Биртанова, С.В.Новиков, Н.Н.Иванченко // Медицина. – 2006. – №10. – С.7-13.
38. Глушанко В.С., Плиш А.В. Методики расчетов экономической эффективности от внедрения новых медицинских технологий в здравоохранении: Инструкция по применению – Витебск, ВГМУ, 2002. – 40 с.
39. Современные подходы к отбору и оценке новых технологий, рекомендуемых для использования в медицинской практике / А.К.Цыбин, Н.Н.Пилипцевич, И.С.Абельская и др. // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2002.- №3. – С.18-22.
40. Плиш А.В., Глушанко В.С. Медико-экономическая модель управления ресурсосберегающими технологиями в здравоохранении / Под ред. докт. мед. наук, проф. В.С.Глушанко. – Витебск: Изд-во ВГМУ, 2005. – С.169-180.
41. Тогунов И.А. Медицинская услуга и методология экспертизы (к вопросу формализации медицинской помощи) // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. – 1996. – №4. – С.18-20.

Поступила 10.04.2007 г.

БЕЗОПАСНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ КАК ВАЖНЕЙШЕЕ УСЛОВИЕ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

А.Г.Фоменко

Государственная служба медицинских судебных экспертиз, г. Минск

Проблема обеспечения безопасности пациентов особенно актуальна для стран, переживающих в настоящее время период значительных социальных и экономических преобразований. Современная концепция обеспечения безопасности пациентов возлагает ответственность за нежелательные события, в первую очередь, на структурные, организационные и оперативные недостатки системы здравоохранения, а не на отдельных медицинских работников или продукты медицинского назначения. Примерами согласованных действий правительства и органов управления здравоохранением, обеспечивающих эффективный подход к решению указанной проблемы, могут служить мероприятия, осуществляемые в США и Великобритании. Описаны направления (области действия) международного Альянса стран-членов ВОЗ по улучшению ситуации в области безопасности пациентов. Отмечено, что наличие в Республике Беларусь слаженно работающей, хорошо управляемой государственной системы здравоохранения, обеспечивающей взаимодействие медицинских организаций различных уровней, высокого научного потенциала, образовательных ресурсов позволяет надеяться на плодотворное сотрудничество с ВОЗ в направлении повышения безопасности медицинской помощи.

Системы здравоохранения во всем мире имеют общую цель – улучшение состояния здоровья населения. Пути к достижению этой цели формируются с учетом национальных особенностей политического и социально-экономического устройства общества, культурных традиций, организации и условий деятельности системы охраны здоровья в той или иной стране. Тем не менее, улучшение состояния здоровья населения невозможно без выполнения

главной задачи любой системы здравоохранения – предоставления качественной медицинской помощи.

В настоящее время качественную медицинскую помощь характеризуют как доступную, безопасную, эффективную, основанную на доказательствах, оптимальную по объему используемых ресурсов, адекватную современному уровню развития медицины, оставляющую у пациента чувство удовлетворенности от взаимодействия с системой

здравоохранения. Концепция развития здравоохранения Республики Беларусь отвечает современным представлениям о принципах деятельности по охране здоровья населения, предусматривает реализацию комплекса тактических и стратегических мер, направленных на создание эффективной системы управления качеством медицинской помощи [1]. Вместе с тем, рассмотрение организационных технологий построения системы управления качеством медицинской помощи в Республике Беларусь свидетельствует о недостаточном внимании разработчиков к проблемам обеспечения безопасности пациентов и мероприятиям по улучшению качества медицинской помощи с точки зрения безопасности.

На первый взгляд, медицинская помощь, по определению направленная на сохранение и укрепление здоровья людей, должна быть исключительно благотворной, приводить к положительному и желаемому результату. Однако в медицине, как и во многих других сферах деятельности человека, время от времени случаются трагические события и роковые ошибки, влекущие за собой катастрофические последствия. В наши дни основополагающий принцип врачевания "не навреди" все чаще вступает в противоречие с тревожными сигналами о неблагоприятных исходах лечения, случаями оказания ненадлежащей медицинской помощи, ухудшением здоровья и инвалидизацией пациентов в результате контакта с системой здравоохранения.

В течение долгого времени сообщения о причинении вреда здоровью пациентов в результате действий медицинского персонала носили изолированный и спорадический характер, как бы указывающий на исключительную редкость таких случаев в медицине. Начиная с середины прошлого века, на этапе структурных и функциональных изменений в здравоохранении, сопровождающихся быстрым внедрением в медицину достижений научно-технического прогресса и усложнением методов диагностики и лечения, проблема безопасности пациентов привлекает к себе повышенное внимание исследователей. Стало очевидно, что многоуровневая и многокомпонентная медицинская помощь, характеризующаяся расширением круга специалистов, вовлеченных в процесс ее оказания, значительно повышает риск возникновения неблагоприятных последствий медицинских вмешательств.

Стимулом к осознанию масштабов проблемы обеспечения безопасности послужило резкое увеличение числа судебных исков по поводу причинения вреда здоровью пациентов, наблюдавшееся в 1970–е и 1980–е годы в США и Западной Европе. Если к началу 1970–х гг. в США ежегодно регистрировался в среднем один иск на 100 врачей, то к 1975 г. частота подачи исков составила один иск на 8 врачей в год. Средняя выплата по искам увеличилась с 2000 долл. в 1970 г. до 1500000 долларов к началу 1990–х гг. [2]. В Великобритании количество исков против врачей

общей практики по поводу ненадлежащего лечения возросло за период между 1989 и 1998 гг. в 13 раз [3]. В Норвегии в 1985–1990 гг. отмечен четырехкратный рост числа исков к врачам и семикратное увеличение сумм выплат по ним. Увеличение стоимости страховых полисов вызвало потрясение на рынке медицинских услуг и серьезно затруднило работу небольших частных медицинских компаний.

Сложившаяся ситуация, по мнению медиков, юристов, социологов и экономистов, представляла собой кризис системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников (*medical malpractice crisis*). Ответные действия привели к созданию и развитию программ управления рисками в медицине. Изначально такие программы носили сугубо юридический и финансовый характер и были направлены на защиту интересов организаций здравоохранения (ОЗ) и страховых компаний. Некоторые штаты США ввели в действие законы, ограничивавшие суммы исков, размеры оплаты работы адвокатов и сроки давности, в пределах которых истцы имели право подать в суд на ответчика. Кроме того, в некоторых штатах было введено обязательное страхование гражданской ответственности врачей и предусмотрено рассмотрение дела в досудебном порядке. Одновременно с этим происходил поиск проблем клинического характера, дающих повод для подачи исков в отношении ОЗ. В результате ряда исследований ученые пришли к выводу о наличии системных недостатков в сфере оказания медицинской помощи, не позволяющих обеспечить должный уровень безопасности пациентов.

Гарвардское исследование – одно из первых в данной области – выявило, что вред различного рода в условиях стационара причиняется здоровью 4% пациентов; при этом, хотя в 70% случаев нежелательные события приводят лишь к краткосрочному ухудшению состояния здоровья пациента, в 14% случаев результатом подобных инцидентов становится летальный исход [4]. Министерство здравоохранения Великобритании привело оценку, согласно которой нежелательные события происходят примерно в 10% случаев госпитализации, а их общее число достигает 850 тыс. случаев в год [5]. Исследование качества медицинской помощи в Австралии, опубликованное в 1995 г., выявило, что показатель распространенности нежелательных событий среди пациентов австралийских больниц находится на уровне 16,6% [6]. Рабочая группа по качеству стационарной медицинской помощи организации "Больницы для Европы" оценила, что в 2000 г. каждый десятый пациент европейских больниц пострадал от нежелательных эффектов лечения [7]. Анализ статистической информации из стационаров Канады и Новой Зеландии также предполагает довольно высокий уровень распространенности нежелательных исходов лечения (10%) [8].

Дефекты в работе медицинских работников влекут за собой и значительные финансовые потери. В Великобритании вынужденное продление сроков госпитализации обходится Национальной службе здравоохранения в сумму около 2 млрд фунтов стерлингов ежегодно, а выплата компенсаций по судебным искам – еще в 400 млн фунтов в год [9]. В США общенациональные издержки, связанные с неблагоприятными исходами лечения, которые можно было предотвратить, включая недополученные доходы, выплаты по инвалидности и медицинские расходы, по различным оценкам составляют от 17 до 29 млрд долл. в год [10]. К финансовым издержкам добавляется утрата доверия к системе здравоохранения и недовольство населения ее работой. Стресс и переживания, испытываемые медицинскими работниками при возникновении неблагоприятных исходов лечения, отрицательно сказываются на качестве их работы и, в конечном счете, на здоровье других пациентов.

Наиболее удачным примером исчерпывающего исследования проблемы возникновения нежелательных событий в современной медицине является доклад Комиссии по качеству медицинской помощи Института медицины США (1999) [10]. Составители доклада не ограничились статистическими выкладками распространенности нежелательных явлений в системе здравоохранения, а разработали комплексную программу по улучшению ситуации и объявили о намерении совместными усилиями снизить количество предотвратимых врачебных ошибок на 50% в течение ближайших пяти лет. В докладе впервые прозвучали ошеломляющие показатели смертности пациентов в американских стационарах от дефектов медицинской помощи (от 44 до 98 тыс. ежегодно), превышающие количество смертельных случаев в результате автомобильных аварий, рака молочной железы или СПИДа. Уже на следующий день после опубликования эти сведения стали главной темой номера газеты "USA Today", озаглавленной как "Медицинские ошибки – на восьмом месте в списке убийц". Поднятая тема вызвала широкий общественный резонанс и привлекла внимание органов государственного управления. Еще через неделю президент США Клинтон сделал публичное заявление по поводу доклада и исполнительным распоряжением создал межведомственную комиссию по проблемам качества в здравоохранении (President's advisory commission on consumer protection and quality in the health care industry), в чью задачу входила подготовка рекомендаций по обеспечению безопасности пациентов. В Конгрессе США прошел ряд слушаний по вопросам пересмотра программ охраны здоровья и внедрения организационных технологий для снижения риска причинения вреда пациентам. Разработанные рабочей группой рекомендации были представлены президенту ("Quality first: better health care for

all Americans – final report to the President of the United States"), а в декабре 2000 г. – Агентству по исследованиям и качеству в здравоохранении (Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ). В результате было выделено 50 млн долл. для проведения мероприятий, направленных на формирование системы безопасного пребывания пациентов в ОЗ [11].

Комиссия по качеству медицинской помощи установила, что на любом этапе процесса оказания медицинской помощи неизбежно имеются уязвимые (с точки зрения обеспечения безопасности пациентов) места: побочное действие лекарств и их сочетаний; риск, сопряженный с использованием медицинской техники; некачественная и бракованная продукция, поступающая в систему здравоохранения; человеческий фактор; скрытые системные недостатки. Следовательно, нежелательное событие может наступить в результате проблем с медицинской практикой, продуктами, процедурами или системами.

Главной заслугой доклада стало обоснование системного подхода к пониманию причин дефектов оказания медицинской помощи (в отличие от укоренившейся практики поиска конкретного врача или медицинского работника, допустившего определенные нарушения).

На основе анализа систем, обладающих высоким риском возникновения нежелательных событий, авторы показали, что дефекты медицинской помощи выглядят таким образом, как если бы они были "заранее" обусловлены или спровоцированы составляющими элементами определенной медицинской структуры. Они могут заключаться в конкретном подходе к управлению работой ОЗ, ее организационной культуре, построении системы по управлению качеством и профилактике риска, способности извлекать уроки из ошибок. Поэтому мероприятия, основанные на системных изменениях, гораздо продуктивнее мер, направленных на совершенствование работы отдельных сотрудников или контроль качества используемых продуктов.

Современная концепция обеспечения безопасности пациентов возлагает ответственность за нежелательные события, в первую очередь, на структурные, организационные и оперативные недостатки системы здравоохранения, а не на отдельных медицинских работников или продукты медицинского назначения.

Чтобы продемонстрировать актуальность данной проблемы для отечественного здравоохранения, можно привести примеры трагических событий, ставших объектом изучения судебно-медицинской экспертизы: получивший широкий общественный резонанс случай смерти двух женщин в родильном доме, произошедший из-за ошибочного подсоединения баллона с углекислым газом в систему подачи кислорода в операционную; менее известные, но встречающиеся случаи введения пациентам не предписанных им ле-

карственных веществ, переливания донорам резус-несовместимой или зараженной ВИЧ крови, неправильной идентификации пациентов и результатов лабораторных исследований, смерти детей в результате вспышек внутрибольничной инфекции.

К сожалению, научные исследования и аналитические работы, посвященные проблемам безопасности пациентов в отечественной системе здравоохранения, акцентируют внимание на специфических вопросах, присущих оказанию определенной медицинской помощи, оставляя в стороне комплексный характер процесса обеспечения качества медицинской помощи. Между тем, распространенность нежелательных событий в сфере охраны здоровья населения Республики Беларусь довольно высока. С начала 2000-х гг. в Государственной службе медицинских судебных экспертиз Республики Беларусь ежегодно на 15–20% возрастает количество экспертиз, назначенных правоохранительными органами по делам о ненадлежащем оказании медицинской помощи. В 2006 г. проведено 168 таких исследований, из которых причинная связь дефектов медицинской помощи с наступлением неблагоприятного исхода доказана примерно в половине экспертиз, а различные виды профессиональных нарушений (включая дефекты ведения медицинской документации) встречались практически в каждом рассматриваемом случае [12].

По статистике Минздрава Республики Беларусь, в 2006 г. в министерство поступило 6349 письменных обращений граждан, что на 23% больше, чем в 2005 г. Около половины обращений касались вопросов оказания медицинской помощи, доля обоснованных жалоб составила 5,2%. Министром здравоохранения поставлена задача обеспечить тщательный анализ причин возникновения каждой жалобы, систематизировать результаты, разработать организационно-распорядительные документы, направленные на улучшение диагностического процесса [13]. Более подробной информации о распространенности нежелательных событий в отечественной системе здравоохранения не имеется, поскольку отсутствует система мониторинга подобных явлений, а показатели отчетности о врачебных ошибках не входят в модель конечных результатов, по которым оценивается эффективность работы отрасли.

В условиях недостатка сведений о частоте нежелательных событий в отечественной системе здравоохранения, можно обратиться к информации российских исследователей. Находясь на посту главного пульмонолога Российской Федерации, академик А.Г. Чучалин так охарактеризовал состояние проблемы: "процент врачебных ошибок в России очень высок, более 30%. Так, например, из 1,5 млн заболеваний пневмонией диагностируется не более 500 тыс. Причин тому несколько, в том числе и полное отсутствие в стране системы контроля качества оказания врачебной помощи" [14]. В Российской Федерации так-

же наблюдается стабильный рост претензий к медицинским работникам в отношении качества лечения: по данным Российского центра судебно-медицинских экспертиз, в 2003 г. было выполнено 2448 экспертиз по делам о ненадлежащем оказании медицинской помощи, в 2004 г. – 2685 таких исследований, а в 2005 г. – уже 3085 [15].

По данным социологического опроса, проведенного фондом "Общественное мнение" в феврале 2007 г., 42% опрошенных россиян заявили, что они были жертвами врачебных ошибок или ненадлежащего оказания медицинской помощи. Среди них 32% указали на установление им неправильного диагноза и назначение неправильного лечения, 19% сообщили о случаях причинения вреда здоровью медиками в отношении их родственников, а 10% отметили, что жертвами врачебных ошибок в разное время становились все члены их семьи [16].

Таким образом, проблема обеспечения безопасности пациентов актуальна не только на Западе, но и для стран, переживающих в настоящее время период значительных социальных и экономических преобразований. Более того, по оценкам ряда исследователей, именно в странах бывшего Советского Союза угроза безопасности пациентов заслуживает особого внимания. Несмотря на растущую заинтересованность в обеспечении безопасности пациентов, проблема нежелательных событий по-прежнему осознается недостаточно. Возможностей для документирования, анализа и извлечения уроков из опыта все еще не хватает из-за отсутствия единообразной методологии выявления и измерения, неадекватности схем направления отчетности о нежелательных событиях, озабоченности проблемой разглашения конфиденциальных данных, страха перед привлечением к профессиональной ответственности, слабости информационных систем. Понимание и знание эпидемиологии нежелательных событий – их частоты, причин, определяющих факторов и влияния на результаты лечения пациентов, а также эффективных методов их профилактики – все еще весьма ограничено.

Примерами согласованных действий правительства и органов управления здравоохранением, обеспечивающих эффективный подход к решению проблемы безопасности пациентов, могут служить мероприятия, осуществляемые с недавних пор в США и Великобритании. Новые организационные технологии внедряются по трем основным взаимодополняющим направлениям: профилактика нежелательных событий; их выявление, анализ и обработка информации, распространение сигналов о наличии "слабых звеньев" в системе; минимизация последствий в тех случаях, когда они все-таки происходят.

В США на федеральном уровне создан Центр по повышению качества и безопасности пациентов (Center for Quality Improvement and Patient Safety, CQuIPS), сосредоточивший свои усилия на деятель-

ности по координации мероприятий, направленных на повышение безопасности пациентов. Разработаны индикаторы качества оказания медицинской помощи, на основании которых аккредитационные учреждения США установили ориентиры для развития программ качества в больницах. Таким образом, профилактика нежелательных событий обеспечивается достижением необходимого уровня безопасности, без которого осуществление медицинской деятельности будет незаконным.

Важными элементами профилактики являются: ликвидация перегрузки медицинских специалистов, информирование пациентов и членов их семей о предотвратимых медицинских ошибках, использование электронных средств поддержки принятия решений для назначения лечения; обеспечение преемственности на этапах лечебно-профилактического процесса и регулярный пересмотр получаемого пациентом лечения вместе с ним или с другими специалистами, участвующими в оказании помощи.

Национальный фонд безопасности пациентов (National Patient Safety Foundation) аккумулирует примеры передового опыта и результаты исследований по проблеме безопасности пациентов, а также апробирует подходы, применяющиеся в ряде отраслей для снижения риска возникновения нежелательных событий. Интересным представляется сравнение условий работы медицинской организации и авиационной компании или банковского учреждения, где приняты свои системы безопасности. Например, в авиации создана система поощрения за сообщения об ошибках и опасных ситуациях, ставшая важнейшим инструментом повышения безопасности полетов.

Проблема выявления нежелательных событий и смягчения их последствий исследуется в серии публикаций Института медицины США "Преодоление разрыва качества" ("Crossing the Quality Chasm: The IOM Health Care Quality Initiative"), содержащих отчеты "Обеспечение качества онкологической помощи" (1999), "Преодоление разрыва качества в новых системах здравоохранения в XXI веке" (2001), "Ключевые возможности электронных записей о пациентах" (2003), "Безопасность пациентов через достижение новых стандартов лечения" (2003), "Трансформация работы сестер для обеспечения безопасности пациентов" (2004), "Качество через сотрудничество – будущее сельской медицины" (2004), "Предотвращение ошибок в лекарственной терапии" (2005). Из этих работ ясно следует, что повышение безопасности медицинской помощи возможно только через изменение культуры профессиональной деятельности, ставящей во главу угла интересы пациента (patient-center approach), и открытое обсуждение ошибок с целью обнаружения и устранения их причин (а не людей, совершивших ошибки).

Важным достижением кампании за создание безопасной системы здравоохранения явилось приня-

тие в 2005 г. федерального закона "The Patient Safety and Quality Improvement Act", направленного на повышение качества медицинской помощи и создание системы анализа причин возникновения неблагоприятных исходов ("root cause analysis"), предусматривающей добровольную отчетность о случаях причинения вреда здоровью пациентов. Закон запрещает руководителям ОЗ и аккредитационным комиссиям применять санкции к работникам, признавшим в ошибке, если только эти действия не нарушают уголовное или иное законодательство [11].

В Великобритании создано независимое Национальное агентство по безопасности пациентов (UK National Patient Safety Agency, NPSA), главной задачей которого является сбор и фиксация информации о нежелательных событиях, ее анализ и использование этих материалов для проведения профилактических мероприятий. Агентством разработана Национальная система отчета и обучения (National Reporting and Learning System), которая предусматривает получение информации о нежелательных событиях как от медицинских работников, так и от пациентов, причем анонимно, с целью формирования единого для всей страны банка данных. Предварительно информация "обезличивается", тем самым снимается угроза наказания медицинских работников за их действия. Агентством подчеркивается, что его деятельность не направлена на расследование отдельных случаев нежелательных событий, а предназначена для распространения информации о путях повышения безопасности пациентов.

NPSA открыло специальную программу, призванную изменить отношение врачей к нежелательным событиям, научить молодых специалистов быть открытыми с пациентами, облегчить признание ошибки и выражение сожалений. Союз защиты медиков (The Medical Defense Union, MDU) – ведущее британское учреждение, предоставляющее врачам юридическую помощь – поддержало политику открытого признания ошибок. В течение последних 50 лет MDU систематически советует врачам давать пациентам и родственникам полные объяснения по поводу произошедшего и извиняться. Этот подход принят некоторыми крупными коммерческими компаниями, оказывающими медицинскую помощь. Оказалось, что такая практика приводит к существенному снижению частоты исков к ОЗ.

В 2005 г. Национальным агентством по безопасности пациентов подготовлено издание "Медицинская ошибка: как ее избежать, когда все идет не так, как нужно, и что делать, если она происходит" [17]. В этой публикации известные врачи рассказали о клинических ошибках, которые они когда-то допустили в своей практической работе. Примеры многих успешных врачей (среди них – руководители Британской медицинской ассоциации, Главного медицинского совета, Королевских коллегий анестезио-

логов, терапевтов, хирургов, редакторы журналов "Lancet" и "British Medical Journal") показывают, что сделать ошибку может каждый, даже квалифицированный и опытный специалист, и что клиническая ошибка не служит доказательством абсолютной некомпетентности.

Предваряет книгу вступительное слово руководителя Национальной службы здравоохранения Л. Доналдсона, в котором сообщается о начале работы в Великобритании новой учебной программы последипломного образования врачей. В основе данной программы – вопросы обеспечения безопасности пациентов, при изучении которых молодые доктора будут овладевать навыками обнаружения небезопасных клинических ситуаций, поиска путей снижения риска причинения вреда пациентам, поведения в случаях возникновения неблагоприятных событий и извлечения уроков из неблагоприятных исходов лечения.

Проблемы обеспечения безопасности медицинской помощи обсуждаются в медицинских журналах, многие из которых имеют постоянную рубрику "Safety management", а также на многочисленных симпозиумах и конференциях. "British Medical Journal" посвятил целый тематический номер проблеме медицинских ошибок, а наиболее полно вопросы безопасности пациентов освещаются в периодическом издании "Quality and Safety in Health Care" (BMJ Publishing Group Ltd).

В Республике Беларусь о примерах воплощения в жизнь аналогичных организационных, исследовательских и образовательных проектов известно очень мало. Достигнуты значительные успехи по снижению частоты нежелательных событий в отдельных отраслях сферы здравоохранения, касающихся переливания крови и ее компонентов, лекарственного обеспечения, контроля за внутрибольничными инфекциями, однако удачные решения и подходы пока еще не распространены на всю систему, а, значит, при разработке и совершенствовании мероприятий по улучшению качества медицинской помощи в республике необходимо предусматривать наиболее эффективные пути и методы повышения безопасности пациентов.

На сегодняшний день в мире накоплен большой опыт по формированию и укреплению научно обоснованных систем, необходимых для повышения безопасности пациентов и качества медицинской помощи, включая мониторинг лекарств, медицинского оборудования и технологий, системы отчетности о неблагоприятных событиях в медицине, перестройку организационной модели функционирования ОЗ, образовательных программ и информационных кампаний. В то же время, ни одна страна не располагает ни исчерпывающим опытом, ни достаточным объемом финансовых средств, ни научно-исследовательской или практической базой, которые в полной мере необходимы для решения всего спектра вопросов по

выработке универсальных механизмов обеспечения безопасности пациентов.

Миссию руководства и координации процессов укрепления безопасности пациентов в системах здравоохранения в общемировом масштабе взяла на себя Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Опираясь на проверенную методологию и опыт в области международного сравнительного анализа, ВОЗ аккумулирует надежную доказательную базу по вопросам эффективного обеспечения безопасности пациентов, распространяет информацию и помогает осуществлять организационные мероприятия по наиболее перспективным направлениям деятельности.

В январе 2002 г. Исполком ВОЗ обсудил проблему безопасности пациентов и рекомендовал к рассмотрению 55-й Всемирной ассамблеи здравоохранения проект резолюции по этому вопросу (резолюция WHA55.18), в которой Генеральному директору предлагалось разработать глобальные нормы и стандарты безопасной медицинской помощи; содействовать формированию правовых рамок для повсеместного распространения и применения доказательно обоснованной политики обеспечения безопасности пациентов; всемерно содействовать проведению научных исследований по этому вопросу; оказывать поддержку странам-членам в ряде ключевых областей. Идея Всемирной ассамблеи здравоохранения поддержана многими странами-членами ВОЗ, которые предприняли собственные инициативы по обеспечению безопасности пациентов в рамках национальных систем здравоохранения. Более половины из 192 стран-членов обратились в ВОЗ по поводу запросов информации или за технической поддержкой в связи с проработкой темы безопасности пациентов.

В мае 2004 г. 57-я Всемирная ассамблея здравоохранения отметила значительный прогресс в деле реализации резолюции WHA55.18 и рассмотрела предложение о формировании международного Альянса по улучшению ситуации в области безопасности пациентов в качестве одной из глобальных инициатив. Результатом обсуждения данного вопроса стало принятие программы перспективного развития Альянса на 2005–2006 гг., охватывающей шесть направлений или областей действий [18].

Первое направление состоит в определении конкретной темы в сфере безопасности пациентов для использования ее в двухгодичной программе действий, которая охватывает значительную часть проблемы риска, актуальной для всех стран Альянса. В качестве первой глобальной задачи обеспечения безопасности пациентов выбрана проблема инфекции, связанной с оказанием медико-санитарной помощи.

Работа в 2005 и 2006 гг. проходила под девизом "Чистая помощь – это более безопасная помощь" и велась в таких областях, как обеспечение безопасной практики инъекций и иммунизации, безопасной крови, безопасных клинических процедур, а также водо-

снабжения и санитарии. Проведена большая работа по апробации нового Руководства ВОЗ по гигиене рук при оказании медицинской помощи, в подготовке которого участвовали 200 экспертов из 20 стран.

Следует отметить, что Республика Беларусь, обладающая значительным опытом и добившаяся выдающихся успехов в борьбе с инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи, включилась в работу Альянса в этом направлении действий. 3 июля 2006 г. в Москве под эгидой ВОЗ состоялся семинар "Чистота – залог безопасной помощи" с участием министров здравоохранения стран СНГ и региональных координаторов ВОЗ по вопросам безопасности пациентов, на котором выступил заместитель Министра здравоохранения Республики Беларусь – Главный государственный санитарный врач М.И.Римжа. Итогом семинара стало подписание меморандума о контроле за внутрибольничными инфекциями в странах СНГ, определившего главные направления деятельности по защите пациентов от инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи.

Следующая область действий Альянса – "Пациенты – за безопасность пациентов" – касается участия пациентов и потребителей в борьбе за обеспечение собственной безопасности. Цель этого направления – создание глобальной сети организаций пациентов, которым отводится важная роль как в управлении рисками, связанными с оказываемой им помощью, так и в создании более безопасных систем предоставления медико-санитарной помощи путем организации партнерств с работниками, осуществляющими медицинское обслуживание. Уже сейчас действуют организации и движения, озабоченные решением этой насущной проблемы, такие как "Потребители в защиту безопасности пациентов" (Consumers Advancing Patient Safety) (США) и "Действие против несчастных случаев в медицине" (Action against Medical Accidents) (Великобритания).

Более того, имеются удачные примеры государственных национальных программ обеспечения безопасности пациентов, действующих внутри отдельно взятой страны, в рамках которых самим пациентам отведена важная роль. Хорошим примером такой программы служит кампания "Выскажись за безопасность пациента" ("Speak Up for Patient Safety"), начатая в 2001 г. Объединенной комиссией по аккредитации медицинских учреждений США (JCAHO). Программа "Speak Up" проходит под следующими призывами к действию, обращенными к пациентам и составляющими аббревиатуру ее названия: **Speak up** – выскажи свои вопросы и опасения; **Know** – знай – твое право; **Pay attention** – обрати внимание на то, как тебя лечат; **Educate yourself** – выясни все о своем диагнозе, анализах и лечении; **Ask** – попроси родственников или друзей отстаивать твои интересы; **Know** – узнай, что за лекарства ты принимаешь и зачем; **Use** – пользуйся услугами ОЗ, строго

оценивающей себя по сравнению со стандартами безопасности; **Participate** – участвуй в принятии всех решений, касающихся лечения.

При описании проблем обеспечения безопасности пациентов используется широкий круг определений и терминов. Такое разнообразие затрудняет усилия, направленные на получение надежной информации на внутривидовом уровне и ограничивает сопоставление показателей и индикаторов безопасности пациентов в общемировом масштабе. Поэтому третьей областью действий Альянса стало развитие таксономии безопасности пациентов. Используя научные подходы к изучению законов и принципов классификации, Альянс стремится к унификации показателей и критериев отчетности о нежелательных событиях в медицине.

Альянс планирует осуществить проект по выработке общепринятых на международном уровне стандартов данных о безопасности пациентов, которые будут повсеместно применяться для сбора, кодификации и классификации информации о нежелательных случаях и ошибках в здравоохранении. Такая единая таксономия, которую планируется назвать "Международная таксономия событий в области обеспечения безопасности пациентов" (International Patient Safety Event Taxonomy – IPSET), позволит обеспечить единообразный подход и связать воедино разнообразие отчетности по безопасности пациентов, наблюдаемое сегодня в странах-членах ВОЗ, а вслед за тем – создать общую информационную инфраструктуру в рамках ВОЗ в поддержку инициатив, направленных на снижение числа медицинских ошибок, повышение качества и безопасности медицинской помощи.

Четвертое направление деятельности Альянса – исследования, направленные на обеспечение безопасности пациентов. Планируется разработка стратегии потребностей в исследованиях с целью выявления крупных пробелов в фактах и знаниях, касающихся безопасности пациентов. Она послужит руководством для исследователей, органов, финансирующих исследования, и будет стимулировать рост научного интереса к проблеме. Функцией Альянса в этой области является разработка набора методологических инструментов для стран и ОЗ, которые захотят самостоятельно провести оценку базовой ситуации в области обеспечения безопасности пациентов по высококачественным и утвержденным на международном уровне методикам.

Пятая область действий Альянса называется "Решения в области обеспечения безопасности пациентов" и сосредоточена на выявлении и распространении примеров передового опыта укрепления безопасности пациентов с тем, чтобы основа успеха была абсолютно ясна желающим воспроизвести удачный опыт у себя. Работа по данному направлению включает следующие виды деятельности: выявление удачных решений по обеспечению безопасно-

сти пациентов, их накопление в библиотеке и публикация в Интернете; координация международных усилий по выработке и распространению решений; разъяснительная работа и оказание влияния на заинтересованные стороны (фармацевтические компании, производители медтехники), содействующие распространению и внедрению предлагаемых решений во всем мире; выявление отдельных решений, способных сразу же снизить риск для пациентов в конкретных областях медицины.

Шестое направление – отчетность и обучение по вопросам обеспечения безопасности пациентов. Актуальность этого направления объясняется тем, что в настоящее время в мире имеется несколько систем отчетности. Они разнятся по своей природе и характеру, спектру вопросов, объему и сложности. В одних системах отчетности вопросы и ответы носят открытый характер, и нежелательные события и ошибки фиксируются описательно, охватывая весь спектр действий, выполняемых персоналом в процессе оказания медицинской помощи пациентам. Другие носят узкоспециализированный характер и фокусируются на конкретных типах нежелательных событий или ошибок, отдельных медицинских технологиях или лечебных процедурах, при которых возможны ошибки или нежелательные явления (например, использование медицинской техники, переливание крови, медикаментозная терапия).

Альянс разрабатывает руководства по наилучшей практике, которые можно будет использовать в качестве подручных пособий при разработке новых систем отчетности, направленных на обеспечение безопасности пациентов и совершенствование действующих систем отчетности. Планируется сотрудничество с правительственными структурами и агентствами, уже имеющими сложившиеся системы сбора и анализа отчетности, с целью облегчения изыскания международных данных по раннему выявлению потенциальных проблем и распространению результатов.

Таким образом, комплексная стратегия ВОЗ закладывает надежную основу для разработки действий по обеспечению безопасной медицинской помощи с учетом особенностей отдельных стран и регионов. В связи с этим следует отметить, что Республика Беларусь, в которой охрана здоровья населения является

приоритетом государственной политики, а обеспечение качества медицинской помощи рассматривается как основная цель деятельности любой организации здравоохранения, пока недостаточно активно участвует в этой инициативе ВОЗ, хотя она целиком отвечает поставленным перед отечественной системой здравоохранения задачам. В настоящее время назрела необходимость признать безопасность основополагающим принципом лечения пациентов и важнейшим элементом системы управления качеством медицинской помощи.

Наличие в Республике Беларусь слаженно работающей, хорошо управляемой государственной модели системы здравоохранения, обеспечивающей взаимодействие медицинских организаций различных уровней, высокого научного потенциала, образовательных ресурсов [19, 20], позволяет надеяться на плодотворное сотрудничество с ВОЗ в этом направлении. Сконцентрировать усилия по повышению безопасности медицинской помощи можно в рамках такой организационной технологии, как проект по здравоохранению, который мог бы включать в себя следующие основные компоненты: изучение ситуации по распространенности нежелательных событий в отечественном здравоохранении, анализ причин и условий их возникновения, создание системы мониторинга и отчетности, разработка мероприятий по снижению частоты возникновения нежелательных событий, поддержка общественных инициатив и участия пациентов в вопросах обеспечения безопасности медицинской помощи, создание профилактических и обучающих программ для медицинского персонала и студентов, взаимовыгодное сотрудничество с международными организациями и обмен опытом в сфере улучшения качества и безопасности медицинской помощи. Успешный опыт реформирования системы здравоохранения Республики Беларусь и итоги выполнения комплексных программ, направленных на достижение национальных интересов в сфере охраны здоровья, дают основание считать, что реализация инициатив по укреплению безопасности пациентов вполне сможет обеспечить Республике Беларусь лидерство среди стран СНГ в отношении предоставления населению качественной медицинской помощи.

Литература

1. Концепция развития здравоохранения Республики Беларусь на 2003–2007 годы // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2003. – №4.
2. Medical Malpractice Systems around the globe / World Bank. – Washington, DC, 2003.
3. Dyer C. GPs face escalating litigation // BMJ. – 1999. – Vol.318. – P.830.
4. Brennan T.A., Leape L.L., Laird N. et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalised patients: results of the Harvard Medical Practice Study // New England Journal of Medicine. – 1991. – Vol.324, No.6. – P.370–377.
5. Vincent C., Neale G., Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review // British Medical Journal. – 2001. – Vol.322. – P.517–519.
6. Wilson R.M., Runciman W.B., Gibberd R.W. et al. The Quality in Australian Health Care Study // Medical Journal of Australia. – 1995. – Vol.163. – P.458–471.
7. Standing Committee of the Hospitals of the EU. The quality of health care/hospital activities: Report by the Working Party on quality care in hospitals of the subcommittee on coordination. – EU, September 2000.

8. Davis P., Lay-Yee R., Briant R. et al. Adverse events in New Zealand public hospitals: occurrence and impact // New Zealand Medical Journal. – 2002. – Vol.115 (1167). – P.U271.
9. Department of Health Expert Group. An Organisation with a Memory. Report of an Expert Group on Learning from Adverse Events in the NHS chaired by the Chief Medical Officer. – London: Department of Health, 2000.
10. To err is human: Building a safer health system / L.T.Kohn, J.M.Corrigan, M.S.Donaldson, Eds. – Institute of Medicine, National Academy Press, 1999.
11. Guthrie P. US creates blame-free adverse event reporting // Canadian Medical Association Journal. – 2005.
12. Основные показатели деятельности Государственной службы медицинских судебных экспертиз. – Минск, 2001–2006.
13. Итоги работы органов и учреждений здравоохранения в 2006 году и основные направления деятельности на 2007 год // Медицинский вестник. – 1 марта 2007 г. – №9 (791).
14. Интернет ресурс "Регионы России" // www.regions.ru. – 11 декабря 2003.
15. Клевно В.А., Черкалина Е.Н., Будяков О.С. Анализ комиссионных судебно-медицинских экспертиз по материалам уголовных и гражданских дел, выполненных в Российской Федерации и в Южном федеральном округе // Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики на современном этапе. – Москва 2006.
16. Medical mistakes and dubious diagnoses: patients'experiences – population poll // Фонд "Общественное мнение" 01.02.2007 report.
17. Medical Error: How to Avoid If All Going Wrong and What To Do If It Does / National Patient Safety Agency. – London: NPSA, 2005.
18. World Alliance for Patient Safety: forward programme. – WHO, 2005.
19. Постоялко Л.А. Управление качеством медицинской помощи – краеугольный камень современной системы управления здравоохранением // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2003. – №4.
20. Пилипцевич Н.Н., Абельская И.С., Павлович Т.П. Сохранение и укрепление здоровья народа – залог величия, могущества и богатства государства // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2004. – №2.

Поступила 02.03.2007 г.

СОЦИАЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ВОЗМОЖНОСТИ УПРАВЛЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ МОЛОДЕЖИ)

М.Ю.Сурмач

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно

Изложены способы оценки социальной эффективности здравоохранения. Предложена апробированная автором медико-социологическая методика оценки социальной эффективности здравоохранения в сфере охраны репродуктивного здоровья, которая включает оценку степени удовлетворенности потребителей медицинской помощью в шести основных аспектах (организационном, коммуникативном, квалификационном, информационном, стоимостном, этическом), проводимую по следующим направлениям: самооценка потребителями степени удовлетворенности; оценка недостатков; оценка степени доступности; теневой и легальный рынок; наличие неудовлетворенных потребностей; оценка «качества» рождений, включающая, в свою очередь, оценку прегравидарной подготовки пар (сопоставление данных медицинской документации и оценки потребителями) и запланированности беременностей; оценка взаимодействия потребителя (лечебно-диагностического, профилактического (включая оценку медицинской грамотности с использованием предложенных автором показателей), реабилитационного) и производителя медицинских услуг. Данная методика легла в основу предложенной маркетингово-мониторинговой модели управления социальной эффективностью здравоохранения в сфере охраны репродуктивного здоровья молодежи Беларуси.

Введение

Современное видение здравоохранения исходит из того, что оно не только способно, но и должно влиять на управляемые социальные сферы. Оценка вклада здравоохранения в формирование здоровья общества достигает 35% объема определяющих здоровье факторов [1, 2]. Особенно важной представля-

ется роль здравоохранения в отношении формирования репродуктивного здоровья, социальную обусловленность которого подчеркивают результаты исследований последних десятилетий.

В Республике Беларусь последовательно проводится работа по реализации Концепции охраны репродуктивного здоровья, сформулированной в