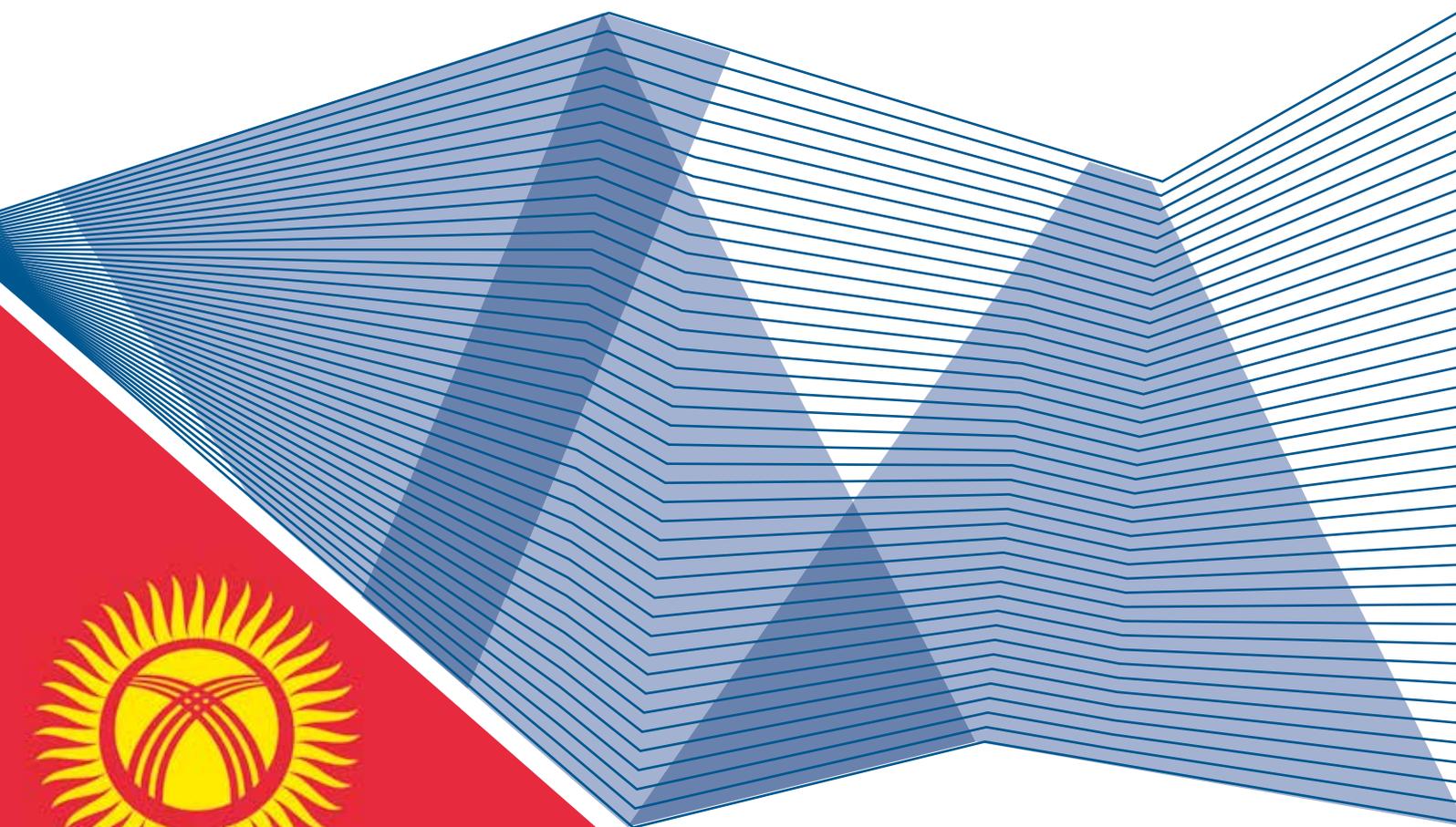




Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Качество услуг здравоохранения в Кыргызстане: обзор



Рабочий документ
Сентябрь 2018 г.



**Всемирная организация
здравоохранения**

Европейское региональное бюро

Качество услуг здравоохранения в Кыргызстане: обзор

Рабочий документ

Сентябрь 2018 г.

Аннотация

В настоящее время в Кыргызстане имеется ряд государственных программ, организаций и механизмов, направленных на повышение качества услуг здравоохранения. Тем не менее, качество услуг обеспечивается за счет вертикальной системы контроля, нежели непосредственно присутствует в работе медицинского персонала или в обучении и непрерывном профессиональном развитии. Созданные в недавнем времени комитеты по управлению качеством на уровне организаций здравоохранения создают потенциал для повышения качества услуг. Внешние проверки и оценки не обеспечивают полноценной поддержки для организационного развития, сопоставительного анализа, повышения эффективности и публичной отчетности. В целом отсутствует совместное использование организациями текущих данных по ведению пациентов и управлению учреждениями. Очевидно, что существует приоритетная необходимость координировать текущую деятельность и изучение опыта в рамках вертикальных программ и между основными заинтересованными сторонами. При этом нужно начать с общего видения в отношении масштабов и принципов повышения качества услуг.

Ключевые слова

QUALITY OF HEALTHCARE
QUALITY IMPROVEMENT
DELIVERY OF HEALTH CARE
KYRGYZSTAN

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications
WHO Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро: <http://www.euro.who.int/pubrequest>.

© Всемирная организация здравоохранения, 2018 г. Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью. Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто. Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами. Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо четко выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Содержание

Аббревиатуры и сокращения	i
Рисунки и таблицы	i
Благодарности	ii
Резюме	iv
1. Введение	1
Политическая основа	1
Методология	1
2. Государственная политика и стратегии в области повышения качества услуг здравоохранения	3
3. Организации, имеющие отношение к повышению качества услуг	10
Министерство здравоохранения	10
Фонд обязательного медицинского страхования	11
Неправительственные организации	11
Организации здравоохранения	12
4. Управление качеством	13
Управление услугами	13
Управление качеством	13
Управление рисками	14
Клиническое управление	14
Общественное здравоохранение	16
5. Механизмы и методы повышения качества	17
Права пациентов	17
Государственные механизмы обеспечения безопасности	17
Инициативы, связанные с внешней оценкой и повышением качества	18
Клиническая практика	19
6. Техническая поддержка систем повышения качества	21
Информационные системы	21
Индикаторы эффективности	24
Обучение в области повышения качества	24
Центр ресурсов	25
7. Рекомендации	26
Библиография	30
Приложение: Составляющие национальной рамочной основы в области качества	33

Аббревиатуры и сокращения

AGREE	Оценочный инструмент анализа руководств
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
МКБ	Международная классификация болезней
ЮНИСЕФ	Детский фонд ООН
ЮНФПА	Фонд ООН в области народонаселения

Рисунки и таблицы

Страница

Рисунки

Рисунок 1.	Материнская смертность: количество смертей на 100 000 живорожденных (2006-2016 гг.)	4
Рисунок 2.	Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний на 100 000 населения (2011-2016 гг.)	5
Рисунок 3.	Больничная летальность от острого инфаркта миокарда (2012-2016 гг.)	12
Рисунок 4.	Различия в больничной летальности по областям (2012-2016 гг.)	19
Рисунок 5.	Представление данных в ежегодных отчетах	20
Рисунок 6.	Пример представления данных в информативном виде	20

Таблицы

Таблица 1	Коды МКБ и летальность после инсульта на 100 000 населения (2011 и 2014 гг.)	19
-----------	--	----

Благодарности

Данный отчет подготовлен в рамках двухгодичного соглашения о сотрудничестве между Министерством здравоохранения Кыргызской Республики и Европейским региональным бюро ВОЗ (2016-2017 гг.).

Автор

Charles Shaw, консультант

Соавторы (в алфавитном порядке)

Jarno Nabicht, Страновой офис ВОЗ в Кыргызской Республике

Динара Алдашева, консультант

Евгений Железняков, Европейский центр ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи в г. Алматы

Айгуль Сыдыкова, Страновой офис ВОЗ в Кыргызской Республике

Техническая поддержка

Амангельды Мурзалиев, заместитель министра здравоохранения; Саматбек Тойматов, начальник управления организации медицинской помощи и лекарственной политики; Бактыгуль Исмаилова, начальник отдела общественного здравоохранения; Айгуль Бообекова, заведующая отделом первичной медико-санитарной и стационарной помощи; Талант Арстанкулов, заведующий отделом качества оказания медицинской помощи; Бурул Арзыкулова, заведующая отделом лицензирования медицинских и фармацевтических услуг; Роза Джакыпова, консультант по неинфекционным заболеваниям, Министерство здравоохранения Кыргызской Республики.

Толо Исаков, директор Департамента профилактики заболеваний и государственного санитарно-эпидемиологического надзора; Гульмира Айтмурзаева директор Республиканского центра укрепления здоровья; Лариса Мурзакаримова, директор Республиканского медико-информационного центра; Мунаркан Омуралиева, директор Центра семейной медицины № 6 г. Бишкека; Нурбек Абдрахманов, директор территориальной больницы Чуйского района; Алтынкыз Аралбаева, директор территориальной больницы Ысык-Атинского района; Женишкуль Сукаева, директор территориальной больницы Тонского района; Жыпаргул Сансызбаева, директор центра семейной медицины Тонского района; Токтобай Маанаев, директор Иссык-Кульской областной объединенной больницы.

Марат Калиев, председатель; Любовь Комаревская, начальник Управления анализа и перспективного развития, Фонд обязательного медицинского страхования.

Юрий Азаматов, заместитель председателя Медицинской аккредитационной комиссии; Суюмжан Мукуева, директор Ассоциации групп семейных врачей и семейных медсестер Кыргызской Республики; Кубанычбек Джемуратов, директор Ассоциации больниц Кыргызской Республики; Гульмира Джумалиева, профессор, проректор Кыргызской государственной медицинской академии; Айнура Ибраимова, директор проекта Агентства США по международному развитию «Победим туберкулез»; Нарынбек Кудайбергенов, заместитель директора проекта Всемирного банка «Финансирование на основе результатов в здравоохранении»; Чолпон Иманалиева, специалист ЮНИСЕФ по вопросам здравоохранения и питания; Эльвира Тоялиева, консультант ЮНИСЕФ по вопросам эффективного перинатального ухода.

Технические редакторы и рецензенты

Juan Tello, Европейский центр ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи в г. Алматы

Подготовка публикации

David Breuer (редактор)

Erica Barbazza (дизайн)

Jakob Heichelmann (макет)

Финансовая поддержка

Настоящий документ опубликован при финансовой поддержке Правительства Республики Казахстан, осуществляемой через Европейский центр ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи в г. Алматы, Великого Герцогства Люксембург и Европейского Союза в рамках Партнерства ЕС, Люксембурга и ВОЗ по вопросам всеобщего охвата услугами здравоохранения.

Резюме

Данное исследование качества услуг здравоохранения в Кыргызстане проводилось в 2017 году. Для получения информации использовались доступные тематические материалы, были организованы специальные интервью и обсуждения. С помощью специального вопросника были получены данные по существующим государственным программам, организациям, методологии и ресурсам, связанным с вопросами повышения качества услуг.

Исследование подтвердило, что в настоящее время в Кыргызстане имеется ряд государственных программ, организаций и механизмов, направленных на повышение качества услуг здравоохранения. Как правило, все они отражены в законодательных актах, приказах и инициативах, но при этом многие из них не получают полноценной реализации и интеграции в систему здравоохранения, а также не подвергаются оценке на регулярной основе.

В целом, в Кыргызстане качество медицинских услуг обеспечивается за счет вертикальной системы контроля, внешних проверок и комитетов по качеству на уровне организаций здравоохранения, нежели непосредственного присутствия в работе медицинского персонала или в обучении и непрерывном профессиональном развитии. Отсутствуют системная идентификация и анализ проблем в предоставлении услуг здравоохранения, которые важны для изучения опыта и внедрения дальнейших улучшений. Имеются серьезные проблемы в документировании осложнений и нежелательных результатов в отношении здоровья на локальном уровне; также отсутствует полноценное управление данными вопросами на национальном уровне.

Начиная с 1996 года, ряд стратегических планов позволили повысить эффективность работы медицинских учреждений и усилить внимание к потребностям пациентов. Особый акцент был сделан на охрану здоровья матери и ребенка, первичную медико-санитарную помощь и сердечно-сосудистые заболевания. Работа по повышению качества медицинских услуг в 2004-2008 годах проводилась в соответствии с государственной стратегией развития, национальной программой реформы здравоохранения “Манас таалими” и рекомендациями Совета Европы по системам повышения качества медицинских услуг. В результате этой работы Министерство здравоохранения издало ряд приказов по созданию специальных структур по управлению качеством на уровне медицинских организаций и служб общественного здравоохранения. В Приказе Министерства здравоохранения Кыргызской Республики № 454 от 4 августа 2015 года утверждены положения о структурах по управлению качеством медицинских услуг на уровне организаций здравоохранения и структурных подразделений, а также положение о клиническом аудите.

Многие действующие инициативы по повышению качества отражены в вертикальных программах и применяются в пилотных организациях. В Министерстве здравоохранения вопросами качества медицинских услуг занималось отдельное подразделение, которое было упразднено в результате

реорганизации в 2017 году. По мнению многих людей, сегодня за качество медицинских услуг отвечает Фонд обязательного медицинского страхования. Профильные больницы принимают участие в разработке клинических руководств, но не имеют полномочий или ресурсов для контроля реализации, мониторинга и проведения оценки.

Внешние проверки и оценки, проводимые Фондом обязательного медицинского страхования и Медицинской аккредитационной комиссией, обеспечивают централизованный контроль, но при этом не обеспечивают полноценной поддержки в плане организационного развития, сопоставительного анализа, повышения эффективности и публичной отчетности. Кроме надзора за инфекционными заболеваниями и регулирования рынка медицинской продукции и техники, в целом мониторинг безопасности пациентов ведется слабо, и отсутствует анализ нежелательных явлений и критических состояний. Комитеты по качеству не получают должной поддержки в плане инструментария, возможности сопоставления статистических показателей и локальных данных по пациентам, которые необходимы для проведения регулярных коллегиальных оценок и повышения эффективности. Клинические руководства и протоколы доступны не всегда и не для всех направлений специализации и первичной помощи; многие из них не дают статистических индикаторов или критериев аудита, необходимых для мониторинга.

В целом отсутствует совместное использование центральными органами текущих данных по ведению пациентов и управлению учреждениями, их критический анализ и обратная связь с медицинскими организациями в целях подтверждения таких данных, самоуправления и сопоставительного анализа. Имеются значительные различия в качестве кодирования клинической информации в разрезе учреждений; не ведется системный анализ сопутствующих заболеваний и осложнений, даже если информация по ним была зарегистрирована.

В рамках проектов, финансируемых донорскими организациями, была дана общая информация о знаниях и навыках, которые позволяют всему персоналу нести ответственность за качество услуг. Тем не менее, такие знания и навыки не получают широкого распространения и не входят в учебные программы базовой и непрерывной подготовки.

Очевидно, что существует приоритетная необходимость координировать существующую деятельность и изучение опыта в рамках вертикальных программ и между основными заинтересованными сторонами; при этом нужно начать с разработки общего видения в отношении повышения качества услуг. Такое видение позволило бы включать вопросы качества в процессы стратегического планирования, финансирования и непосредственно реализации. Приоритетами для инвестиций должны стать поддержка в передаче знаний, полученных в результате реализации пилотных проектов, и финансирование ресурсов в целях горизонтальной интеграции, таких как системы разработки клинических руководств, организационного развития и совместное использование информации и имеющегося опыта.

1. Введение

Повышение качества услуг здравоохранения – одна из важнейших задач, установленных в Целях устойчивого развития ООН. В Цели 3.8, предусматривающей достижение всеобщего охвата услугами здравоохранения, говорится о доступе к медицинским услугам, которые должны быть безопасными, эффективными и приемлемыми для всех людей и сообществ. Для улучшения показателей здоровья в Европейском регионе ВОЗ основой политики «Здоровье-2020» является создание систем здравоохранения, ориентированных на человека. Принятая в 2016 году Европейская рамочная основа для действий по организации интегрированного предоставления услуг здравоохранения определяет повышение эффективности как один из ключевых факторов в преобразовании процессов предоставления услуг¹.

Политическая основа

В настоящее время развитие системы здравоохранения в Кыргызстане осуществляется в рамках национальной программы «Ден соолук», которая была продлена до конца 2018 года. На различных политических площадках национальные заинтересованные стороны и партнеры по проектам развития в сфере здравоохранения поднимают и обсуждают сложные вопросы качества медико-санитарной помощи, являющиеся важной частью осуществляемых реформ. В отчетах по результатам экспресс-анализа ситуации отмечается, что имеются «островки» надлежащей практики и что в последние десятилетия решается ряд вопросов и задач, например, такие как разработка клинических руководств и правил. Многие текущие инициативы и мероприятия по повышению качества осуществляются разрозненно и нуждаются в более эффективной систематизации для определения, координации и планирования улучшений в условиях ограниченности ресурсов.

В последнее время в ежегодных совместных обзорах заинтересованные стороны поднимают вопросы качества медико-санитарной помощи и необходимости проведения подробного исследования. Данный документ ставит целью провести такое исследование.

Методология

В соответствии с рекомендациями по реализации государственных программ в области повышения качества услуг здравоохранения, опубликованными в 2002 году (1), сбор данных для настоящего отчета осуществлялся в ходе

¹ Укрепление систем здравоохранения, ориентированных на нужды людей, в Европейском регионе ВОЗ: рамочная основа для действий по организации интегрированного предоставления услуг здравоохранения. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/315922/66wd15r_FFA_IHSD_160535.pdf?ua=1).

двусторонних и многосторонних встреч и интервью. В дополнение к информации, полученной из существующих отчетов и других документов, для заполнения вопросника осуществлялись визиты и встречи на местах. Ответы на вопросы были необходимы, чтобы определить имеющиеся государственные программы, порядок организации, методологию и ресурсы, имеющие отношение к повышению качества медицинской помощи.

Отдельно были предприняты визиты в больницы и учреждения первичной медико-санитарной помощи для того, чтобы убедиться в наличии структурных подразделений, отвечающих за качество услуг, а также в эффективности их работы по регулярной оценке и совершенствованию процессов предоставления услуг.

Остальная информация была получена в ходе ежегодного совместного обзора программы «Ден соолук» в апреле 2017 года и тематического обзора процессов интегрированного предоставления услуг здравоохранения в июне 2017 года. Настоящий отчет подготовлен на основе данных, собранных до декабря 2017 года; при этом местами приводится информация, обновленная по состоянию на 2018 год.

2. Государственная политика и стратегии в области повышения качества услуг здравоохранения

Реформирование системы здравоохранения и повышение качества медико-санитарных услуг осуществляются в рамках ряда государственных программ.

Национальная программа реформы здравоохранения Кыргызской Республики «Манас» (1996-2006 гг.) ставила целью:

- внедрение механизмов защиты прав пациентов;
- внедрение процессов разработки клинических руководств;
- создание медико-информационного центра для сбора финансовой, клинической и эпидемиологической информации и данных по качеству услуг для мониторинга и повышения эффективности процессов предоставления услуг здравоохранения;
- разработку нормативно-правовой базы для управления качеством медицинской помощи.

Национальная программа реформы здравоохранения Кыргызской Республики «Манас таалими» (2006-2010 гг.) ставила целью:

- внедрение механизмов эффективного внутриучрежденческого менеджмента для повышения качества медицинских услуг;
- продвижение принципов доказательной медицины;
- сокращение внутрибольничных инфекций и совершенствование принципов управления медицинскими отходами;
- улучшение качества до- и последипломного образования и непрерывной подготовки.

Национальная программа реформирования системы здравоохранения Кыргызской Республики «Ден соолук» (2) (2011-2016 гг., продлена до 2018 г.) направлена на:

- реализацию принципа ориентированности системы здравоохранения на потребности людей;
- усиление акцента на достижение конкретных результатов в улучшении показателей здоровья населения;
- устранение барьеров, препятствующих укреплению здоровья;
- улучшение показателей здоровья населения по следующим направлениям: сердечно-сосудистые заболевания, охрана здоровья матери и ребенка, туберкулез и ВИЧ-инфекция;

- интеграцию вертикальных программ в общую систему предоставления услуг здравоохранения;
- расширение автономии поставщиков медицинских услуг для внедрения наилучших практик управления качеством и увеличения эффективности использования ресурсов.

В тот же период Правительство Кыргызской Республики приняло Постановление № 603 от 3 сентября 2012 года «О типовом стандарте государственных и муниципальных услуг», в котором приводится описание паспорта государственной услуги. В 2014 году в Кыргызстане был принят закон о государственных и муниципальных услугах, ставший основой для разработки стандартов предоставления и оценки качества государственных услуг, включая услуги здравоохранения.

Программа «Ден соолук» продлена до конца 2018 года с акцентом на следующие направления:

- качество услуг по охране здоровья матери и ребенка;
- закупки услуг первичной медико-санитарной помощи на основе конкретных результатов;
- включение сердечно-сосудистых заболеваний, ВИЧ-инфекций и туберкулеза в перечень услуг первичной медико-санитарной помощи;
- реформирование клинической подготовки кадров, в т.ч. расширение роли сестринского персонала;
- медицинские информационные системы и электронные медицинские карты пациентов;
- разработка новой, четвертой программы развития системы здравоохранения на 2019-2024 годы.

Концепция улучшения качества медицинских услуг на 2004-2008 гг.

Концепция улучшения качества медицинских услуг на 2004-2008 годы (3) разработана в соответствии с общенациональной стратегией «Комплексная основа развития до 2010 года» (4), Законом «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике» (5), Национальной программой реформы здравоохранения Кыргызской Республики «Манас» и Рекомендациями Совета Европы по системам повышения качества услуг здравоохранения 1997 года (6). Основные принципы концепции:

- сохранение и укрепление здоровья населения;
- обеспечение доступа населения к высококачественной профессиональной медицинской и профилактической помощи;
- разработка стандартов качества, контроль и мониторинг их соблюдения;
- обеспечение активного взаимодействия всех заинтересованных сторон;
- постоянное совершенствование систем управления качеством;
- применение методов и инструментов управления качеством в принятии управленческих решений.

Основные стратегические направления концепции:

- повышение профессиональной компетентности медицинских работников;
- повышение мотивации медицинских работников с целью улучшения качества;
- обеспечение информационными ресурсами для осуществления высококачественной профессиональной деятельности;

- обеспечение доступа населения к медицинским ресурсам и информации по охране и укреплению здоровья;
- разработка и совершенствование регуляторных механизмов.

Качество и безопасность медицинской помощи в организациях здравоохранения (2012 г.). Приказ Министерства здравоохранения № 641 от 26 ноября 2012 года «Об утверждении Типового положения о Комитете по качеству и безопасности медицинской помощи в организациях здравоохранения» (7) был издан в целях обеспечения постоянного повышения качества медицинских услуг и во избежание дублирования функций между различными структурами. Данный приказ заменил пункт 3 Приказа Министерства здравоохранения Кыргызской Республики № 146 от 27 марта 2006 года «Об утверждении Типового положения о Комитете по качеству и безопасности медицинской помощи в организации здравоохранения лечебно-профилактического профиля».

Системы управления качеством в организациях здравоохранения (2015 г.).

Из-за недостатка бюджетных средств и отсутствия поддержки со стороны Министерства здравоохранения в 2015 году подготовка государственного плана мероприятий по повышению качества услуг была приостановлена. Тем не менее, ЮНИСЕФ продолжил спонсировать разработку систем управления качеством услуг по охране здоровья матери и ребенка, что привело к изданию Приказа Министерства Здравоохранения № 454 от 4 августа 2015 года «О совершенствовании системы управления качеством в организациях здравоохранения Кыргызской Республики» (8). В данном приказе были регламентированы:

- структуры по управлению качеством медицинских услуг на уровне организаций и структурных подразделений, включая департаменты по управлению качеством и технические группы;
- положение о клиническом аудите;
- должностные инструкции сотрудников организаций здравоохранения, отвечающих за управление качеством, технику безопасности и охрану труда, клиническую фармакологию и инфекционный контроль;
- составы комитетов по качеству, включая клинических фармакологов, специалистов по обслуживанию медицинского оборудования и т.д.

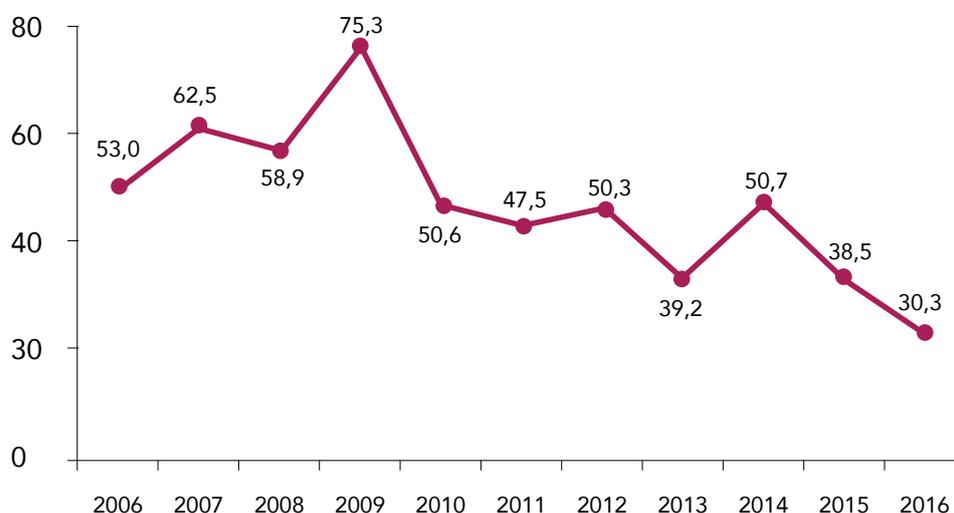
С целью изучения опыта и повышения эффективности медицинских услуг в положении о клиническом аудите было рекомендовано использовать систематические аудиты, основанные на критериях.

Проекты развития

В рамках нескольких инициатив, финансируемых, в основном, партнерами по развитию, предпринята попытка реализовать цели стратегических программ в виде конкретных мероприятий на пилотных объектах. Эти инициативы демонстрируют многие общие черты полноценной системы управления качеством на уровне работы с пациентами и на уровне организаций здравоохранения. В данном разделе приведены примеры ключевых направлений, которые стали приоритетом в различных проектах и сферах деятельности. Ключевые направления в сфере охраны здоровья матери и ребенка:

- планирование услуг: стратегическое планирование в развитии перинатальных услуг;
- клинические протоколы и руководства: искусственные роды, послеродовое кровотечение, уход за новорожденными и детский церебральный паралич;
- регистры пациентов: система мониторинга врожденных пороков развития, регистр дефектов нервной трубки и компьютеризированная информационная система по иммунизации;
- квалификация и навыки персонала: обучение медицинских работников по утвержденным клиническим протоколам в области охраны здоровья матерей и новорожденных;
- мониторинг и оценка: центр интегрированного мониторинга и анализа эффективности общесекторального подхода (SWAp), унификация инструментов мониторинга и анализ результатов мониторинговых визитов в сфере охраны здоровья матери и ребенка;
- кураторство: справочная система по предоставлению медико-санитарных услуг и электронная база данных по отечественным специалистам;
- инструменты для повышения качества услуг: внедрение и реализация конфиденциальных расследований случаев материнских смертности и аудитов критических акушерских состояний;
- оценка качества медико-санитарной помощи: ЮНФПА организовал и поддержал проведение двух оценок качества в сфере охраны здоровья матерей и новорожденных в 2012 и 2014 годах;
- внедрение стандартов неотложной акушерской помощи: при поддержке ЮНФПА проведено два семинара по внедрению клинических стандартов охраны здоровья матери и неотложной акушерской помощи, а также разработаны планы контрольных мероприятий;
- разработка стандартов медицинских услуг, ориентированных на молодежь, при поддержке ЮНФПА; ЮНФПА оказал поддержку в издании приказа Министерства здравоохранения о совершенствовании охраны репродуктивного здоровья подростков от 22 мая 2017 года и продолжает поддерживать разработку стандартов государственных медицинских услуг для подростков в стране.

Рис. 1. Материнская смертность: количество смертей на 100 000 живорожденных (2006-2016 гг.)

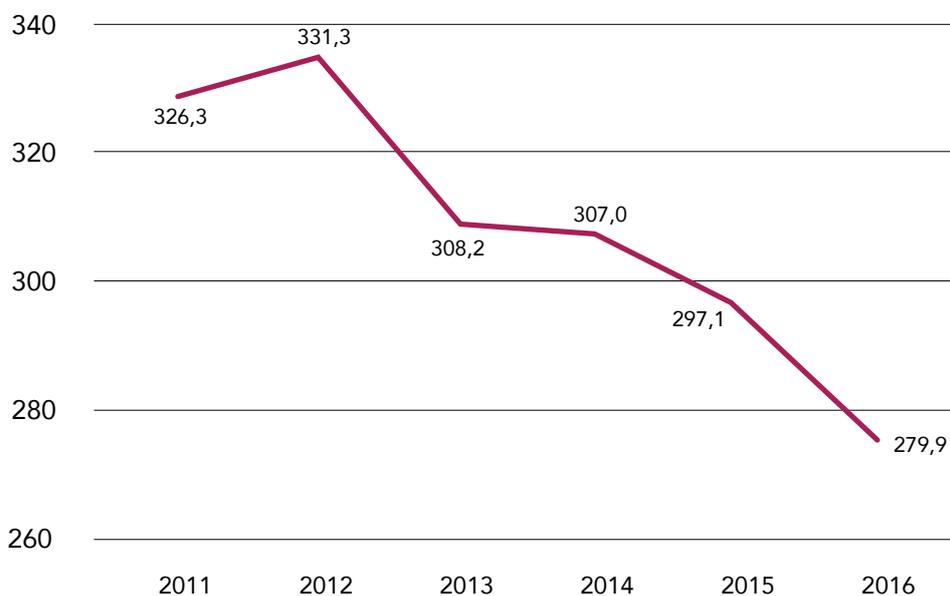


Источник: (30)

Ключевые направления деятельности в сфере сердечно-сосудистых заболеваний:

- планирование услуг: реализация пакета основных мероприятий в отношении неинфекционных заболеваний (PEN – пакет основных мероприятий ВОЗ в отношении неинфекционных заболеваний); скорая медицинская помощь при остром коронарном синдроме и остром нарушении мозгового кровообращения;
- клинические протоколы и руководства: оценка маршрутов оказания медицинской помощи при инфарктах и инсультах;
- регистры пациентов: мониторинг регистра больных диабетом;
- квалификация и навыки персонала: оказание медицинской помощи врачами и медсестрами на базе доказательной медицины при сердечно-сосудистых заболеваниях, диабете и табакозависимости; доврачебная медико-санитарная помощь, диагностика и лечение при инсультах; диагностика и лечение при остром коронарном синдроме; ведение сердечно-сосудистых заболеваний (гипертензия) и диабета; тромболитическая терапия;
- грамотность в вопросах здоровья: повышение уровня информированности населения о профилактике сердечно-сосудистых заболеваний и диагностике повышенного артериального давления; здоровый образ жизни; проведение пресс-конференций по вопросам неинфекционных заболеваний (диабет, табакокурение и т.д.);
- законодательство: ограничение курения и рекламы табака и табачных изделий;
- индикаторы: смертность от сердечно-сосудистых заболеваний по полу и возрасту (на 100 000 населения); больничная смертность от острого инфаркта миокарда и количество пациентов с повторным инфарктом миокарда; распространенность осложнений у больных диабетом;
- эпидемиология; поэтапный подход ВОЗ к эпиднадзору за факторами риска развития неинфекционных болезней.

Рис. 2. Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний на 100 000 населения (2011-2016 гг.)



Источник: (30)

Целью Проекта автономии медицинских учреждений (2013-2018 гг.), финансируемого Швейцарским агентством по развитию и сотрудничеству, является повышение эффективности и качества медицинского обслуживания за счет увеличения самостоятельности медицинских учреждений в предоставлении медико-санитарных услуг (9). Проект реализуется в трех районах Иссык-Кульской области и предоставляет медицинским учреждениям возможность проводить реструктуризацию и перераспределение ресурсов, а также внедрять изменения, необходимые для повышения эффективности их работы. Основные направления работы в рамках проекта:

- планирование услуг: создание районных советов по здравоохранению, обеспечение соответствия инфраструктуры и оборудования типу предоставляемых услуг;
- потенциал руководства: децентрализация решений, касающихся ресурсов, результатов и процессов управления; оптимизация процессов назначения и увольнения управленческого персонала; повышение самостоятельности в расходовании бюджетных средств и получении доходов; устранение барьеров в перераспределении должностей;
- стимулы: стимулирование финансирования системы первичной медико-санитарной помощи за счет объемов и качества услуг; система материального поощрения медицинских работников на основе реальных результатов; совершенствование механизмов финансирования и оплаты медицинских услуг;
- сбор данных: использование базы клинических данных для подготовки информативных отчетов и проверки достоверности количественных показателей эффективности;
- подотчетность: прозрачность публичной отчетности по предоставляемым услугам.

Цель проекта Всемирного банка «Кыргызская Республика: Финансирование здравоохранения на основе результатов» (ФОР) заключается в усилении контроля качества медицинских услуг с выплатой денежных средств на основе показателей эффективности. В рамках первой части проекта методом случайной выборки сформированы две группы медицинских учреждений для оценки двух вариантов повышения качества услуг на уровне районных больниц. В первой группе реализована система регулярной оценки качества услуг больницы с использованием оценочной карты и выплатами средств по результатам деятельности. Во второй группе использовалась только система оценки по оценочной карте без выплат на основе результатов (10).

В целом, в Кыргызстане уже четко прослеживаются почти все компоненты эффективной государственной программы по улучшению процессов управления качеством услуг. Тем не менее, они реализуются разрозненно в рамках разных вертикальных программ и в пилотных районах, и отсутствует централизованный орган, который мог бы координировать их развитие. В системе здравоохранения осуществляется много инициатив, но уровень координации, обратной связи и изучения опыта остается низким.

В большинстве случаев реализация общесекторального подхода основана на использовании имеющихся ресурсов: учреждения, оборудование, клинические протоколы и подготовка кадров. Проект автономии медицинских учреждений нацелен на развитие внутренних систем и потенциала для изменения отношения сотрудников и организаций в целом.

Все государственные программы подразумевали, но ставили в качестве прямой цели осуществление перехода в культуре управления от вертикальной системы контроля к увеличению самостоятельности:

- от контроля по принципу «сверху вниз» к подотчетности по принципу «снизу вверх»;
- от директив к самоуправлению;
- от администрирования к управлению;
- от инспекций к коллегиальным оценкам;
- от постатейного бюджетирования к стратегическим закупкам;
- от системы наказаний за несоответствия до поощрения результатов.

Следующая стратегия должна быть направлена на развитие национальной системы качества в системе здравоохранения, которая позволила бы осуществлять координацию, интеграцию и расширение текущих и будущих инициатив. Приказ Министерства здравоохранения № 454 от 4 августа 2015 года не регламентировал параметры качества медико-санитарных услуг или принципы совершенствования системы качества и не определял меры государственной поддержки для местных систем, подготовки кадров, данных и информации. Необходимо оценить содержание, реализацию и эффект данного приказа, чтобы понять, какой вклад вносят нормативные документы в общую государственную стратегию. Такая стратегия должна соответствовать вертикальным и горизонтальным программам, особенно касающимся вопросов информации и коммуникаций.

3. Организации, имеющие отношение к повышению качества услуг

Министерство здравоохранения

Частые смены руководства привели к непоследовательности в определении направлений реформ и затруднили накопление достаточного объема знаний и навыков, необходимых для эффективного управления. В целом, обязанности Министерства здравоохранения остались прежними, за исключением передачи некоторых функций, связанных с финансированием, Фонду обязательного медицинского страхования. Это увеличило объем работы для Министерства здравоохранения, включая определение политики, оказание медико-санитарных услуг, ответственность за финансирование сектора здравоохранения и решение текущих проблем, т.е. создавало излишнюю нагрузку и привело к определенным результатам в плане стратегического планирования и управления.

В 2013 году функции координации работ по повышению качества были переданы службе внутри Министерства здравоохранения, в составе которой планировалось пять сотрудников. Приказом Министерства здравоохранения № 454 от 4 августа 2015 года ответственность за качество была передана непосредственно медицинским организациям, а не подразделениям внутри министерства. В феврале 2017 года была проведена реорганизация структуры министерства и служба, ответственная за качество, была упразднена, так же как и другие подразделения. Остался один сотрудник, который в настоящее время числится в Управлении организации медицинской помощи и лекарственной политики.

В Министерстве здравоохранения нет отдела, который бы координировал сферу доказательной медицины; имеется только внештатный консультант. Отсутствует консультативная группа по качеству, в которой бы участвовали потребители и поставщики услуг, страховые компании и эксперты.

Не публикуются годовые отчеты о работе по повышению качества и количественных показателях повышения эффективности в системе здравоохранения. Республиканский медико-информационный центр публикует большой объем статистической информации в виде таблиц, но не представляет аналитику или интерпретацию этих данных в информативном виде или в виде сравнительных отчетов по показателям эффективности для врачей и руководителей на уровне отдельных подразделений и организаций, чтобы можно было изучать опыт и внедрять улучшения.

² На момент сбора информации для данного отчета в 2017 году Республиканский медико-информационный центр все еще существовал. Позже он был упразднен, и был создан Центр электронного здравоохранения при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики.

Фонд обязательного медицинского страхования

Фонд обязательного медицинского страхования ставит своей целью повысить качество медицинских услуг посредством внешнего контроля, предоставления финансовых стимулов в ежегодных договорах и контроля показателей эффективности. Фонд и местные органы не предоставляют финансовые преимущества за достижение показателей эффективности в сфере клинических результатов, безопасности пациентов или опыта пациентов, а также в плане дифференциации по аккредитационному статусу. Фонд не применяет систему ранжирования по результатам аккредитации в формулах выплат или тарифов, хотя 1% больниц относится к высшей категории, а остальные больницы распределены поровну между второй и третьей категориями.

Фонд обязательного медицинского страхования не производит выплаты в случае «сопутствующих заболеваний и осложнений», исключая таким образом один из самых распространенных показателей качества и клинико-статистических групп в больницах. До тех пор пока партнеры по развитию не подняли вопрос кратковременного пребывания детей в стационарах, фонд не возмещал расходы по пребыванию менее трех дней. Снятие этого ограничения для всех было целью обеспечить более эффективное использование коечного фонда и более широкое применение амбулаторного лечения.

В соответствии с тарифами 2015 года компенсации во всех случаях сердечно-сосудистых заболеваний (Международная классификация болезней (МКБ) – коды G45 и I60–68.8) выплачиваются по одному тарифу независимо от сложности, стоимости и результатов в отношении здоровья. Не проводится дифференциация между случаями геморрагического и ишемического инсультов, несмотря на значительную разницу в ведении заболеваний и клинических результатах.

Начиная с 2013 года в рамках проекта Всемирного банка «Финансирование на основе результатов» (10) проводилось сравнение работы трех групп больниц (1 – вмешательство и выплаты средств проекта, 2 – мониторинг без выплат и 3 – контрольная группа без какого-либо вмешательства) с использованием специальной оценочной карты (на базе стандартов Медицинской аккредитационной комиссии) по следующим индикаторам: управление и инфекционный контроль; обучение и клиническое управление; удовлетворенность пациентов; обеспечение качества; хирургия; родильное отделение; дети. Результаты не представлены в виде клинических результатов или показателей безопасности пациентов.

В первичной медико-санитарной помощи проект «Финансирование на основе результатов», направленный на расширение автономии медицинских учреждений, использует четыре показателя (оценочная карта): мониторинг здоровья детей, антенатальная помощь, выявление и лечение гипертензии и туберкулез.

Неправительственные организации

Агентство США по международному развитию также оказывало поддержку нескольким некоммерческим организациям, включая Ассоциацию групп семейных врачей и семейных медсестер Кыргызстана и Ассоциацию больниц Кыргызской Республики, чтобы они могли стать полноценными профессио-

нальными ассоциациями, а также поддерживать и представлять интересы своих членов (12).

Ассоциация больниц и Ассоциация групп семейных врачей и семейных медсестер принимали активное участие в совещаниях и рабочих группах Министерства здравоохранения по вопросам политики здравоохранения, назначения руководящих сотрудников и оценки эффективности организаций здравоохранения, которые проводились в 2015 году. Многие из 80 профильных медицинских ассоциаций к настоящему времени стали частью Кыргызской медицинской ассоциации.

Профессиональные ассоциации уже участвуют в сертификации медицинских работников, а также в утверждении и оценке медицинских стандартов, которые приводятся в соответствие как в разрезе медицинских специальностей, так и между регионами страны. Коллегиальный подход и лоббирование профессиональных интересов должны стать основным движущим фактором в повышении эффективности.

Организации здравоохранения

Приказ Министерства здравоохранения № 454 от 4 августа 2015 года регламентировал структуры комитетов и отделов по управлению качеством, которые должны быть в каждой организации, а также технических рабочих групп на уровне структурных подразделений. Официально какая-либо оценка эффективности этих структур не проводилась, но анализ небольшой группы организаций показал, что комитеты существуют, проводят совещания и документируют свои вопросы и мероприятия. В некоторых случаях документация велась от руки, что оставляет сомнения в том, насколько эффективно она распространяется в целях изучения или подготовки отчетов для руководства.

В этих случаях не выявлено системного подхода, отсутствует использование статистических данных на постоянной основе и зафиксировано крайне мало улучшений в виде количественных показателей. Это говорит о необходимости более активной технической поддержки процессов внутреннего аудита и измерения показателей эффективности (например, использование стандартных форм при проведении клинического аудита и текущих клинических индикаторов на основе имеющихся систем данных).

Комитеты по управлению качеством не обучены использованию инструментов по повышению качества. Не разработаны механизмы применения клинических протоколов и руководств в работе медицинских специалистов.

4. Управление качеством

Управление услугами

В настоящее время деятельность управленческого персонала регулируется правилами Министерства финансов и Фонда обязательного медицинского страхования. Суммы экономии бюджета по итогам года вычитаются при формировании бюджета следующего года, что не дает стимула для экономии расходов.

Наличие специального управленческого образования не является обязательным требованием при назначении на высшие руководящие должности; решение о назначении принимает министр по своему усмотрению. Программ для обучения мало.

Надзорные органы и Медицинская аккредитационная комиссия проводят оценку соответствия критериям внутриорганизационного менеджмента, но при этом не отвечают за функции координации и подготовки кадров. Нет органа, отвечающего за организационное развитие или техническую поддержку, который способствовал бы выполнению требований стандартов в области операционных систем и управления качеством. Некоторые системы, такие как безопасность лекарственных средств (например, документированная проверка препаратов для оказания неотложной помощи), сбор биомедицинских отходов (например, санитарным персоналом) и реанимационные мероприятия (оборудование, обучение персонала и процедуры) все еще слабо развиты.

Управление качеством

В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения № 454 от 4 августа 2015 года, комитеты по качеству управляют исполнительными органами по качеству (состоят из штатных сотрудников), которые координируют работу технических групп. Комитеты по качеству представляют ежегодный план работ в январе. Есть подтверждение, что эти структуры работают, но при этом не было достоверно подтверждено наличие систематических оценок, измерения показателей эффективности, обучающих процессов или мероприятий по повышению эффективности.

Приказом Министерства здравоохранения № 454 от 4 августа 2015 года устанавливается порядок отчетности комитетов по качеству перед руководством. Статистические отчеты (формы № 12 и 14) направляются в местные органы и Республиканский медико-информационный центр. Территориальные управления Фонда обязательного медицинского страхования используют эти отчеты для мониторинга показателей договорной работы, однако отсутствует регулярная обратная связь с медицинскими организациями в целях обучения или сравнения с другими организациями.

Руководители организаций здравоохранения отвечают за соблюдение процедур качества, но при этом организации подвергаются множественным внешним проверкам, целью которых является выявить несоответствия и наказать виновных. Такие проверки не ставят целью поощрять достижение положительных клинических результатов или снижение количества нежелательных явлений и осложнений.

Управление рисками

Безопасность пациентов не является приоритетом. Безопасность и охрана труда и окружающей среды входят в обязанности советов по качеству с момента издания Приказа Министерства здравоохранения № 641 от 26 ноября 2012 года. В задачи общественного здравоохранения входит обеспечение безопасности населения, включая управление рисками основных чрезвычайных ситуаций и инфекционных заболеваний, а также мониторинг инфекций, связанных с оказанием медико-санитарных услуг.

Отсутствует общегосударственная система координации либо отчетности и изучения нежелательных явлений и критических состояний, также нет руководства по системам оценки и управления рисками (исключение составляет охрана здоровья матери и ребенка). Даже те явления, которые обозначены как «подлежащие регистрации», систематически не регистрируются в силу того, что в секторе здравоохранения принято искать и наказывать виновных, а не учиться на ошибках.

По данным, полученным Фондом обязательного медицинского страхования в 2016 году, послеоперационные осложнения имели место в 0,55% хирургических операциях. При этом в мировом обзоре количества осложнений в 30-дневный послеоперационный период в 2013 году указывается страновой показатель от 5,8 до 43,5 на 1000 операций в зависимости от определения (16). Процент смертности в 4688 запланированных операциях в 2016 году в Кыргызстане был равен нулю. Анализ работы больниц в Англии за три года показал общую смертность на уровне 6,7 на 1000 запланированных операций в 2013 году (17).

Имеются положительные примеры повышения качества за счет снижения рисков в сфере охраны здоровья матери и ребенка, где Министерство здравоохранения начало применять рекомендуемый ВОЗ подход «Что кроется за цифрами» (VTN), в т.ч. внедрять конфиденциальные расследования материнской смертности и аудит критических акушерских состояний. В качестве другого примера можно привести мероприятия по регистрации случаев инфекции во время беременности.

Клиническое управление

Клиническое управление – это механизм для вовлечения всего персонала медицинской организации в процессы улучшения клинической практики и повышения безопасности пациентов, а также для интеграции с системами управления и клинического кураторства по всей системе здравоохранения.

Технические и рабочие группы отвечают за управление качеством на уровне подразделений, но остается неясным участие всех сотрудников подразде-

лений в коллегиальных оценках и оценке своей собственной работы (кроме контроля внутрибольничных инфекций).

Организация экспертных профильных консультаций и клинического кураторства различается в зависимости от направления специализации. Центры третичной помощи разрабатывают клинические стандарты и оказывают услуги по обучению, но при этом не регламентирована их ответственность за мониторинг, оценку и кураторство в сфере вторичной и первичной помощи.

Исключением является Национальный центр охраны материнства и детства, располагающий организационно-методическим отделом, который анализирует данные по всей стране и ежеквартально отчитывается в Министерство здравоохранения. ЮНИСЕФ адаптировал инструмент оценки ВОЗ (который включает критерии инициативы «Больница, доброжелательная к ребенку») для ежеквартальных визитов многопрофильной группы в составе шести специалистов продолжительностью 1-2 дня. ЮНФПА адаптировал два инструмента оценки качества медико-санитарной помощи: инструмент оценки и повышения качества больничного ухода за матерью и новорожденным и инструмент оценки качества амбулаторного дородового и послеродового ухода для женщин и новорожденных. ЮНФПА и Министерство здравоохранения организовали кураторские визиты многопрофильных групп в родильные дома в целях повышения качества ухода за матерями и новорожденными.

С целью мониторинга эффективности по другим специализациям осуществлялось финансирование других национальных центров: кардиологии, фтизиатрии и наркологии. При необходимости эти центры могут запросить отчеты в Республиканском медико-информационном центре, получить доступ к файлам Excel на сайте Центра электронного здравоохранения и ежегодно-статистическому сборнику, но они не получают регулярных статистических отчетов по своему направлению. Клиническое кураторство осуществляют Фонд обязательного медицинского страхования и Медицинская аккредитационная комиссия.

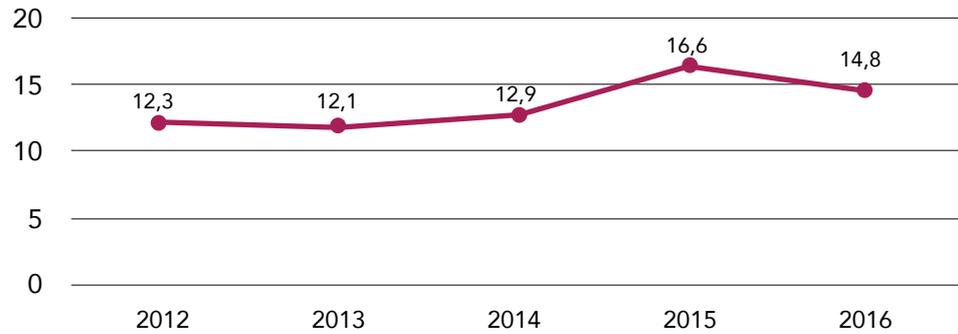
В своем докладе 2009 года Иван Лежнев и Айгуль Куттумуратова (25) рекомендовали укреплять кураторскую систему в области охраны здоровья матери и ребенка за счет:

- более эффективного использования локальных данных;
- создания устойчивой системы внутреннего кураторства;
- государственной программы по укреплению кураторской системы и развитию навыков кураторства;
- интегрированной системы кураторства как инструмента повышения качества медико-санитарных услуг, включая:
 - государственный координационный комитет по качеству услуг здравоохранения и кураторству;
 - полномасштабную государственную программу по развитию вспомогательного кураторства в стране;
 - инструментарий и руководства для повышения эффективности кураторских обращений и визитов;
 - консолидированный перечень основных показателей и мониторинг ключевых направлений программной деятельности.

Аналогичную поддержку необходимо организовать и для других специализаций.

Данные мониторинга эффективности медицинских услуг можно получить по запросу, но они не предоставляются на регулярной основе для аудита или кураторских целей. Необходимо провести исследование тенденций, таких как недавнее увеличение больничной летальности от острого инфаркта миокарда.

Рис. 3. Больничная летальность от острого инфаркта миокарда (2012–2016 гг.)



Источник: (31)

По решению Министерства здравоохранения некоторые функции могут быть делегированы профессиональным общественным медицинским организациям и профессиональным ассоциациям (профсоюзам). Министерство здравоохранения привлекает профессиональные ассоциации к разработке клинических протоколов и руководств, мониторингу их применения, оказанию практического содействия и обучению сотрудников организаций здравоохранения. Кроме того, профессиональные ассоциации принимают участие в рассмотрении случаев некачественного оказания медицинских услуг. Организации третичной помощи ограничиваются участием в разработке клинических протоколов и руководств. Они не осуществляют аналитическую работу и мониторинг изменений в статистических данных.

Общественное здравоохранение

В результате реорганизации полномочия службы общественного здравоохранения были расширены с функций наблюдения до функции профилактики заболеваний. Отдел общественного здравоохранения Министерства здравоохранения состоит из шести департаментов: охрана и укрепление здоровья, ВИЧ, иммунизация, профилактика, карантинные мероприятия и инфекционный контроль, т.е. его деятельность связана, в основном, с охраной и укреплением здоровья и контролем инфекционных заболеваний, нежели со здоровьем населения. Такое разделение функций и обязанностей между секторами общественного здравоохранения привело к отсутствию ясности и четкого разграничения фактических функций и обязанностей, пробелам и дублированию.

5. Механизмы и методы повышения качества

Права пациентов

Права пациентов регламентируются Главой IX Закона от 9 января 2005 года № 6 «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике». О праве пациента на получение бесплатных услуг здравоохранения четко информируют стенды в вестибюле любой организации здравоохранения. О правах на охрану личной жизни, конфиденциальность, информацию и защиту чести и достоинства информации меньше. В стандартных формах согласия на оперативное лечение не прописываются процедуры или варианты обезболивания и не указывается, кто именно объяснил пациенту потенциальные риски операции.

В медицинских организациях имеются ящики для жалоб, которые активно используются пациентами. Руководство организаций и Фонда обязательного медицинского страхования посвящают рассмотрению жалоб много времени. Фонд обязательного медицинского страхования проводит регулярные опросы пациентов о качестве медико-санитарных и профилактических услуг, используя выборку не менее 5% от общего количества пациентов стационаров и учреждений первичной медико-санитарной помощи. Результаты опросов анализируются, направляются обратно в организации и учитываются при заключении договоров с Фондом.

Для пациентов разработан ряд информационных брошюр, но при этом в государственных протоколах обычно не приводится доступное разъяснение руководств, основанных на доказательных данных. В соответствии с программой электронного здравоохранения люди, умеющие пользоваться информационными технологиями, смогут получать больше информации. В настоящее время Медицинская аккредитационная комиссия отчитывается об аккредитационных решениях в Министерство здравоохранения, однако эта информация не представлена в общем доступе на сайте. Сайт министерства дает очень мало информации, необходимой для повышения грамотности населения в вопросах здравоохранения и медицинских знаний или для отчетности по деятельности медицинских организаций либо всей системы здравоохранения в целом.

Государственные механизмы обеспечения безопасности

Для осуществления работы государственным медицинским организациям лицензия не требуется. Частные клиники и аптеки лицензируются в соответствии с требованиями государственных органов. Эти требования усилены техническими критериями от неправительственных и государственных медицинских организаций. Лицензии выдаются бессрочно, но при этом сотрудники департамента лекарственного обеспечения и четыре инспектора по проверке больниц каждые 6-12 месяцев осуществляют проверки, которые оплачиваются из госбюджета. Во многих странах мониторинг, проверки и обновление лицензий для частных медицинских организаций осуществляются на платной основе, чтобы на вырученные деньги финансировать данные мероприятия.

Все медицинские учреждения должны ежеквартально проходить проверку организации инфекционного контроля, раз в полгода – проверки Фонда обязательного медицинского страхования и санитарно-гигиенические проверку, ежегодно – мониторинг и оценку деятельности в сфере общественного здравоохранения, фармацевтическую инспекцию Департамента лекарственного обеспечения и аттестацию управленческого персонала, проводимую Министерством здравоохранения.

Изданный в 2016 году совместный приказ Министерства здравоохранения и Фонда обязательного медицинского страхования определяет порядок выездной валидации заявок на возмещение расходов. В общей сложности 36 обученных экспертов из территориальных управлений Фонда дважды в год осуществляют визиты в медицинские организации для ревизии однопроцентной выборки документации по первичной медико-санитарной помощи и трехпроцентной выборки (или 100 случаев) документации стационаров. В исследованиях, касающихся конкретных заболеваний, процедур или тем, не применяется аудит, основанный на критериях, с целью стандартизации и упрощения оценки однотипных клинико-статистических групп, но планируется сосредоточить внимание на учреждениях с высокой степенью риска, которые определяются путем анализа базы данных Фонда. Это должно побудить учреждения тщательнее контролировать свою деятельность и демонстрировать эффективность систем внутреннего управления.

Инициативы, связанные с внешней оценкой и повышением качества

Стандарты оказания медицинской помощи. Указание Министерства здравоохранения №183 от 30 марта 2016 года во исполнение поручения правительства об утверждении и исполнении стандартов государственных услуг направлено на разработку удобных в использовании стандартов для медицинских организаций на базе шаблона из 18 разделов. На основании этого норматива Министерство здравоохранения и ЮНФПА разработали проект документа о медицинских услугах для подростков 10-19 лет при консультативной поддержке руководства медицинских организаций, но без участия других заинтересованных сторон, таких как Медицинская аккредитационная комиссия, Фонд обязательного медицинского страхования или непосредственно получатели услуг.

Организации здравоохранения. Медицинская аккредитационная комиссия начала свою деятельность в структуре Министерства здравоохранения при финансировании Агентства США по международному развитию как орган, осуществляющий функции лицензирования и аккредитации. На тот момент одобрение Медицинской аккредитационной комиссии было обязательным требованием для заключения договора с Фондом обязательного медицинского страхования. Позднее комиссия разделилась на лицензионную комиссию Министерства здравоохранения и аккредитационный комитет (неправительственный орган). Примерно в 2005 году министерство постановило, что лицензированию подлежат только частные организации.

Одобрение Медицинской аккредитационной комиссии является обязательным требованием для заключения договора с Фондом обязательного медицинского страхования, на долю которого приходится 15% доходов организации здравоохранения. Комиссией установлен фиксированный трехлетний

срок. Международное общество по качеству в здравоохранении одобрило аккредитационные стандарты на пять лет начиная с 2013 года, но сама комиссия не отвечает критериям независимого негосударственного органа. Она была создана Министерством здравоохранения, и заместитель министра является постоянным председателем многостороннего совета по аккредитации.

Агентство США по международному развитию и Германское общество по международному сотрудничеству (Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit, GIZ) больше не осуществляют финансирование Медицинской аккредитационной комиссии. В настоящее время комиссия является финансово независимой, несмотря на то, что 48% своих доходов она тратит на зарплаты сотрудникам. Отсутствие лицензии Министерства образования не дает возможности получать доходы от программ обучения, которые приносят значительную прибыль многим аккредитационным организациям в других странах. В полномочия комиссии не входят функции организационного развития или содействия организациям в целях выполнения ими требований аккредитации. Такие функции могли бы выполнять профильные ассоциации.

Медицинские лаборатории. Отсутствует система внешнего контроля качества услуг медицинских лабораторий. Для рассмотрения вопросов оптимизации деятельности лабораторий была создана специальная рабочая группа с целью включения данного вопроса в программу развития в 2018 году. В результате оптимизации уже были упразднены бактериологические лаборатории в районных больницах. Центральная референтная лаборатория в настоящее время осуществляет подготовку к сертификации по стандарту ISO 15189, а Медицинская аккредитационная комиссия совместно с Координационным лабораторным советом разрабатывают стандарты, соответствующие ISO 15189.

Клиническая практика

Несмотря на множество доказательств того, что публикация клинических руководств и теоретическое обучение почти не приносят пользы в плане клинической практики, их финансирование осуществляется на регулярной основе.

Руководства и протоколы, разработанные на основе доказательной медицины. Программа «Манас таалими» предусматривала разработку клинических протоколов с участием профессиональных ассоциаций, национальных медицинских центров, исследовательских институтов и республиканских организаций совместно с Министерством здравоохранения, которое должно было координировать процессы разработки и внедрения руководств. В серии буклетов, выпущенной при поддержке Швейцарского Красного Креста, говорится об использовании процедур и практик инфекционного контроля, разработанных на основе доказательной медицины, включая рациональное профилактическое применение антибиотиков в хирургии.

Некоторые клинические руководства были на безвозмездной основе разработаны рабочими группами, сформированными Министерством здравоохранения и координируемыми одним внештатным консультантом. Руководства доступны на сайте министерства (только для медработников, не для широкой публики), но процедур по разработке в онлайн-доступе нет.

Имеются руководства для большинства приоритетных направлений программы «Ден соолук» (охрана здоровья материнства и детства, туберкулез и гипертензия), но при этом охват других направлений, таких как хирургия и неврология, незначителен. Соблюдение клинических протоколов и руководств, при их наличии, является ключевым критерием для получения одобрения Фонда обязательного медицинского страхования. Тем не менее, они мало используются при внутреннем аудите, ответственность за который несут комитеты по качеству. Если бы комитеты по качеству полноценно выполняли свою работу, объем внешних проверок можно было сократить до проверок систем управления клинической практикой. Если бы руководства разрабатывались в соответствии с требованиями инструмента AGREE II (26), они бы сопровождалась простым набором критериев для аудита медицинских карт пациентов и статистических индикаторов для регулярного мониторинга. Во многих странах вопрос разработки руководств решается путем принятия стандартной процедуры адаптации руководств, разработанных международными организациями. Руководства адаптируются в соответствии с условиями местной культуры, этническими особенностями, санитарно-эпидемиологическими и экономическими требованиями.

Клинический аудит. Приложение 4 к Приказу Министерства здравоохранения № 454 от 4 августа 2015 года (Положение о клиническом аудите) регламентирует требования к аудиту, основанному на критериях. Подтверждений тому, что это положение применяется в организациях здравоохранения, было получено мало.

Оценки качества медицинской помощи при инсульте и остром коронарном синдроме как составная часть процесса повышения качества проводятся редко. [Амбулаторные] регистрационные данные не используются для обсуждения и обратной связи с врачами. Использование таких данных регулирующими органами в контексте стратегического планирования организации лечения острого коронарного синдрома и инсульта остается неясным (27).

За аудит клинической практики на предмет соответствия клиническим руководствам несут ответственность инспекторы Фонда обязательного медицинского страхования, а не сами сотрудники медицинских организаций.

Изменения в клинической практике. Несмотря на наличие и распространение клинических руководств и теоретическое обучение по ним, в основном, они используются мало, что, по большей части, объясняется отсутствием запланированного времени на проведение коллегиальных оценок, сравнительных данных по показателям эффективности и обратной связи от внешних экспертов, нужных клинических данных и финансовых стимулов. В повседневной работе, даже в случаях когда доступны базовые данные по деятельности конкретной организации, используется крайне мало конкретных критериев качества, которые доводились бы до сведения руководства и врачей медицинских организаций в целях оценки эффективности их деятельности. Под руководством Национального статистического комитета Республиканский медико-информационный центр составляет множество стандартных и специальных отчетов, но не располагает возможностью и не несет ответственности за анализ, интерпретацию и наглядное представление полученных данных. Данные Фонда обязательного медицинского страхования используются как финансирующими организациями, так и медицинскими специалистами Фонда, которые оценивают деятельность на уровне организаций здравоохранения для предоставления обратной связи или в целях повышения эффективности. Сами организации не имеют прямого доступа к этим данным.

6. Техническая поддержка систем повышения качества

Информационные системы

Национальная стратегия. Приоритеты ежегодных совместных обзоров в 2016 году включали в себя разработку и внедрение медицинских информационных систем с целью поддержки и повышения качества деятельности медицинских организаций. Постановлением Правительства Кыргызской Республики №134 от 18 марта 2016 года была утверждена Программа электронного здравоохранения на 2016-2020 годы и План мероприятий по ее реализации. Целью Программы является централизация электронных данных о пациентах, процессов администрирования пациентов, информации и справочных материалов, а также обеспечение взаимодействия с каждой медицинской организацией. Каждая организация должна обеспечить наличие оборудования и систем для связи с национальным центром. Также должны быть определены ответственные за качество данных, анализ и интерпретацию агрегированной информации и обратную связь с источником для подтверждения достоверности данных и изучения опыта.

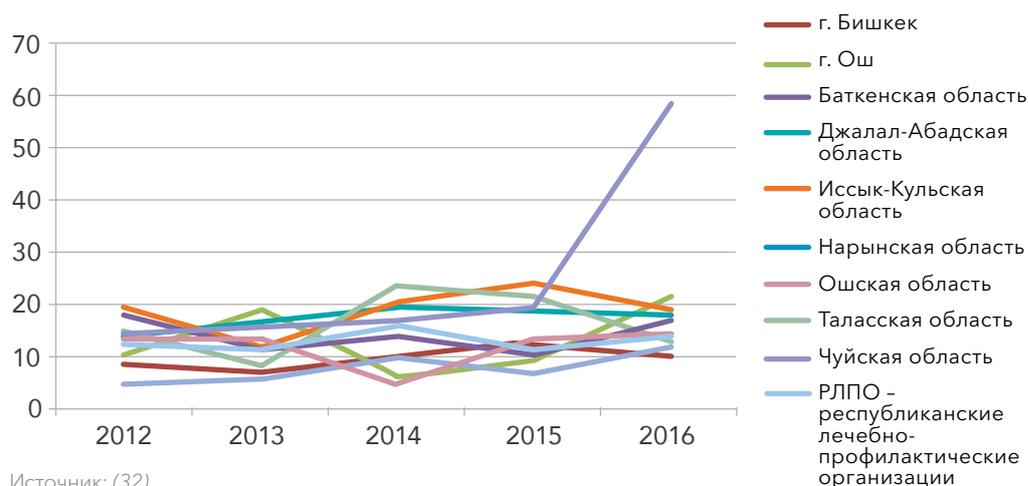
Сбор данных. Данные о пациентах с инфекционными заболеваниями и некоторыми особыми состояниями, такими как железодефицит, йододефицит и рак, содержатся в формах № 12 (первичная медико-санитарная помощь) и № 14 (стационар), которые заполняются в программе «Медстат» и предоставляются в Фонд обязательного медицинского страхования в целях заключения договоров и статистической обработки и агрегации данных через филиалы Республиканского медико-информационного центра.

В ожидании внедрения компьютерных информационных систем проводится анализ минимального набора данных для форм № 12 и 14. Для обеспечения полноценного кодирования и сравнения с международными данными необходимо внедрить поля данных о диагнозах, процедурах, сопутствующих заболеваниях и осложнениях. На текущий момент есть только одно поле для введения данных об осложнениях. В новой форме клинической статистики, которая внедряется в данный момент в пилотном режиме, не указывается семейный доктор или учреждение первичной помощи, а также время проведения хирургических процедур. Эти данные важны для стандартных индикаторов, таких как предотвратимые госпитализации и отложенные хирургические вмешательства, например, при катетеризации сердца или переломе шейки бедра.

Комитеты по качеству несут ответственность за мониторинг нежелательных явлений, но отсутствует механизм совместного с другими организациями использования и изучения данных по медицинским инцидентам. Определение регистрируемого инцидента должно включать соответствующий код МКБ. Боязнь ответственности уменьшает у сотрудников желание регистрировать и изучать нежелательные явления.

Врачи в больницах осуществляют кодирование состояний в соответствии с Десятым пересмотром МКБ (МКБ-10) без использования компьютера или систематической регистрации. Мониторинг среднего количества кодов МКБ на одного выбывшего из стационара, которое обычно используется для оценки уровня кодирования, не осуществляется. На уровне населения параллельные системы отчетности приводят к конфликту результатов. В качестве примера можно привести данные по иммунизации, предоставляемые в республиканский центр, в сравнении с данными демографических исследований (5-7 %).

Рис. 4. Различия в больничной летальности по областям (2012-2016 гг.)



Источник: (32)

Качество клинического кодирования можно оценить по частоте использования неспецифических кодов, которые не делают различий между похожими состояниями, отличающимися причинами, результатами или стоимостью, и требуют постановки точного диагноза для принятия терапевтических решений. В большинстве случаев инсульта точный код не присваивается, в связи с чем невозможно получить важную информацию по количеству случаев ишемического и геморрагического инсультов (Таблица 1).

Еще одним показателем качества кодирования является относительная частота дифференциальных диагнозов, таких как соотношение инвазивной и неинвазивной формы рака шейки матки или видов инсульта; эти соотношения обычно имеют характерную тенденцию в определенных группах населения. В Соединенном Королевстве 89% всех инсультов диагностируются как тромботические. В Кыргызстане (в случаях использования специфических кодов) этот показатель составлял 24% в 2011 году и 51% в 2014 году.

Таблица 1. Коды МКБ и летальность после инсульта на 100 000 населения (2011 и 2014 гг.)

	2011	2014
МКБ-10 61.0: геморрагический инсульт	7,83	4,8
МКБ-10 63.0: ишемический инсульт	2,46	5,1
МКБ-10 64.0: вид инсульта не указан	68,7	58,3

Источник: Кыргызстан [онлайн-база данных] (28)

Преобразование данных в информацию. Республиканский медико-информационный центр не отвечает за анализ, интерпретацию и информативное представление полученных данных и не имеет необходимого для этого потенциала. Данные публикуются без обработки в виде больших таблиц (см. пример на Рисунке 5).

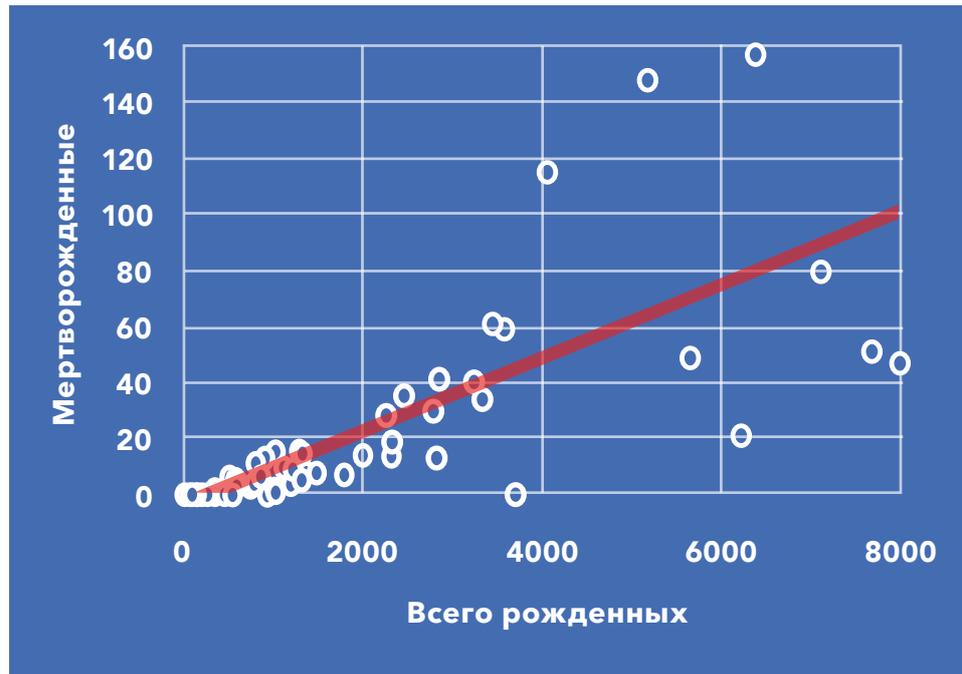
Fig. 5. Представление данных в ежегодных отчетах

Место рождения	Общее число недоношенных живорождений	из них имели перинатальную патологию (P00-P96)	отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (согласно МКБ - 10)					умерло от перинатальных причин в неонатальном периоде (основная причина смерти)
			P10, P11, P14	P20, P21	P52	P90	P91	
г.Бишкек / Bishkek с НЦ охраны материнства и детства	1371	1011	4	8	20	19	0	253
на 1000 родившихся живыми / per 1000 livebirths	1000.0	737.4	2.9	5.8	14.6	13.9	0.0	184.5
Родильный дом № 1	16	15	0	0	0	0	0	10
на 1000 родившихся живыми / per 1000 livebirths	1000.0	937.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	625.0
Клинический родильный дом № 2	279	52	4	8	20	19	0	14
на 1000 родившихся живыми / per 1000 livebirths	1000.0	186.4	14.3	28.7	71.7	68.1	0.0	50.2
Городской перинатальный центр	690	614	0	0	0	0	0	113
на 1000 родившихся живыми / per 1000 livebirths	1000.0	889.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	163.8
НЦ охраны материнства и детства	386	330	0	0	0	0	0	116
на 1000 родившихся живыми / per 1000 livebirths	1000.0	854.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	300.5
Городская гинекологическая больница, козрасчетное отделение	0	0	0	0	0	0	0	0
на 1000 родившихся живыми / per 1000 livebirths	1000.0							
г.Ош / Osh	327	127	0	0	0	1	0	30
Финанс ГТБ № 2	327	127	0	0	0	1	0	30
на 1000 родившихся живыми / per 1000 livebirths	1000.0	388.4	0.0	0.0	0.0	3.1	0.0	91.7
Баткенская область /Batken oblast	375	293	0	0	0	0	0	72
на 1000 родившихся живыми / per 1000 livebirths	1000.0	781.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	192.0
Баткенский район / Batken rayon	103	80	0	0	0	0	0	35
на 1000 родившихся живыми / per 1000 livebirths	1000.0	776.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	339.8
Баткенская ООБ	102	80	0	0	0	0	0	35
на 1000 родившихся живыми / per 1000 livebirths	1000.0	784.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	343.1
ЦОВП Самаркандек	1	0	0	0	0	0	0	0
на 1000 родившихся живыми / per 1000 livebirths	1000.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

Источник: (33)

Данные можно было бы представить в наглядном виде для выявления трендов или явных ошибок. На Рисунке 6 показано, насколько различаются клинические результаты в отношении здоровья по районам. Такие различия могут быть результатом недобросовестной регистрации количества живо- и (или) мертворожденных. При показателе почти 4000 родов в год нулевой показатель мертворождаемости маловероятен.

Рис. 6. Пример представления данных в информативном виде



Источник: (33)

Обратная связь, изучение опыта и улучшения. Под руководством Национального статистического комитета Республиканский медико-информационный центр генерирует множество стандартных и специальных отчетов, но не проверял возможность разработки достоверных сравнительных показателей клинической эффективности на основе существующего массива данных о пациентах стационаров. Способность использовать имеющиеся информационные системы для выявления проблемных мест и отслеживания изменений является важной частью процесса повышения качества.

Индикаторы эффективности

Цели и определения индикаторов и непосредственно эффективности могут широко различаться в зависимости от применения и специфики. Для совместности и возможности обмена данными между специализациями, видами услуг и организациями здравоохранения индикаторы должны соответствовать международным стандартам, таким как требования Управления по вопросам информации и качества в области здравоохранения (Ирландия) или Организации экономического сотрудничества и развития (Франция). Утвержденные клинические руководства не всегда содержат показатели для мониторинга соответствия, например, при использовании данных по числу выбывших из стационаров. В Министерстве здравоохранения имеется утвержденный перечень показателей качества, которые регламентируются приказом № 454 от 4 августа 2015 года.

Обучение в области повышения качества

Так же как и в ситуации с разработкой клинических руководств и стандартных операционных процедур основная часть финансирования для программ

обучения предоставлена партнерами по развитию. Несмотря на многочисленные целевые обучающие программы в различных пилотных проектах, энтузиазм в понимании качества встречается достаточно редко и практически отсутствует, если говорить о понятии безопасности пациентов.

И хотя ранее в программе «Манас таалими» была принята концепция доказательной медицины, принципы и проявления клинической практики, основанной на исследованиях, и соответствующая методология повышения качества не включаются в учебные планы, обучение и тестирование студентов-медиков на систематической основе. Некоторые вопросы эпидемиологии преподаются в рамках модулей по общественному здравоохранению и инфекционному контролю.

Государственные образовательные стандарты, утвержденные Министерством образования в 2015 году, представляют собой общие руководящие принципы для всех учебных заведений, но не регламентируют знания и компетенции, необходимые медицинским работникам, равно как и содержание учебных планов. Три государственных и около десяти частных учебных заведений разрабатывают собственные учебные планы и программы в сотрудничестве с Министерством образования.

В программе «Манас таалими» предусматривались, но так и не были реализованы на практике включение клинических протоколов в учебные планы послевузовского и непрерывного медицинского образования и система мониторинга внедрения клинических протоколов и руководств.

Центр ресурсов

В настоящее время в Кыргызстане нет специального учебно-методического или информационного центра либо архива, который мог бы осуществлять сбор практической и теоретической информации по стандартам, оценкам и показателям повышения качества, доступной для всех медицинских работников, и обмен такой информацией с другими учреждениями.

7. Рекомендации

Ценности и политика в области качества. В программе, которая будет принята по завершении «Ден соолук», должны быть четко определены ценности на уровне стратегического планирования и ожидаемые результаты в виде изменения культуры. Результаты пилотных проектов должны быть доступны медицинским организациям и профессиональному сообществу, в т.ч. в разных регионах страны. Для этого потребуются формирование на национальном уровне общего понимания основных составляющих качества, в т.ч. следующих:

- понимание масштабов и основных аспектов качества в здравоохранении, в т.ч. таких понятий, как клиническая эффективность, безопасность пациентов и опыт пациентов, а также взаимосвязи между структурой, процессом и результатами в отношении здоровья;
- принципы усовершенствований: разработка стандартов, оценка соответствия и управление изменениями, а также внедрение полного цикла улучшений;
- организация и структуры обеспечения качества на всех уровнях системы здравоохранения;
- проверенные методы и инструменты внедрения улучшений;
- важная поддержка: организационное развитие, клиническое кураторство; квалификация и изучение опыта; данные и информация.

Разработка национальной рамочной основы в области качества и организация работы, которая обеспечит принятие обязательств в области повышения качества на высоком уровне и координацию деятельности партнеров (11).

Институты обеспечения качества. В национальной рамочной основе в области качества необходимо четко обозначить и разграничить обязанности центральных ведомств (в особенности, Министерства здравоохранения и Фонда обязательного медицинского страхования). В частности, необходимо определить сроки, полномочия, навыки и ресурсы, необходимые для выполнения таких обязанностей, и предусмотреть соответствующие статьи расходов в бюджете.

Стимулы для повышения качества. Фонду обязательного медицинского страхования рекомендуется поощрять достижение согласованных на национальном уровне результатов в отношении здоровья, в частности показателей клинической эффективности, безопасности и опыта пациентов, а также соблюдения процессов доказательной медицины. Фонду обязательного медицинского страхования следует использовать данные по осложнениям и сопутствующим заболеваниям у пациентов в целях организации обратной связи, изучения опыта или внедрения улучшений. Такие данные важны для управления рисками, корректировки клинико-статистических групп и интерпретации клинических результатов.

Неправительственные организации. Необходимо поддерживать профессиональные медицинские ассоциации в разработке и ведении систем управления клинической практикой, а также в подготовке соответствующей отчет-

ности. Европейский союз медицинских специалистов (неправительственная организация) опубликовал ряд руководящих документов, направленных на развитие коллегиального анализа и саморегулирования, в т.ч. Базельскую декларацию (2001) о непрерывном повышении квалификации как форме повышения качества (13), Promoting good medical care [«Продвижение качественной медицинской помощи»] (14) и Будапештскую декларацию об обеспечении качества медицинской помощи (15).

Организации здравоохранения. Национальная рамочная основа в области качества должна определять ресурсы, необходимые для поддержки внутренних систем качества, в т.ч. навыки, практические инструменты, текущие отчеты по собираемым данным и содействие в управленческих, технических и административных процессах.

Руководство организаций. Руководству учреждений здравоохранения необходимо предоставить полномочия, навыки, информацию и инструменты для работы с внутренними системами качества, изучения опыта коллег, а также национального и международного опыта. Назначение, оценка и переназначение руководителей высшего звена должны производиться на основе данных о полученном образовании и обучении, опыте и компетенции в области общего управления учреждениями здравоохранения. Рекомендуется предоставить полномочия Медицинской аккредитационной комиссии или другому специализированному органу, которые будут способствовать организационному развитию и стандартизации систем управления организациями здравоохранения.

Управление качеством. Расхождения в стандартизированных показателях эффективности внутри организаций здравоохранения и между ними - основной стимул для медицинского персонала и руководства повышать качество услуг. Необходимо, чтобы национальные базы данных использовались либо для анализа данных, агрегированных из систем текущей отчетности, на уровне отдельных организаций здравоохранения или клинических специальностей, либо для предоставления данных другому компетентному ведомству в этих целях.

Управление рисками. Безопасность пациентов должна стать одним из основных направлений работы в рамках национальной стратегии и плана повышения качества. В частности, необходимо определить ответственность за координацию на центральном уровне, разработать эффективную систему отчетности и изучения опыта и предоставить инструменты и системы для внедрения. На сайте ВОЗ, посвященном безопасности пациентов (18), предлагается широкий выбор инструментов и руководств, в т.ч следующие: WHO multi-professional patient safety curriculum guide [Руководство ВОЗ по разработке учебных планов по программам безопасности пациентов для разных специализаций] (19); Контрольный список ВОЗ для безопасных родов (20); Контрольный перечень мер по обеспечению хирургической безопасности (21); и Technical Series on Safer Primary Care [Техническая серия документов по повышению безопасности первичной помощи] (22). Большинство этих документов также доступны на русском языке, в частности Руководство ВОЗ по гигиене рук в здравоохранении (23).

Клиническое управление. Необходимо определить национальный центр для каждой клинической специальности, который будет нести ответственность за коллегиальный мониторинг, изучение опыта и внедрение улучшений и будет обладать необходимыми для этого полномочиями, ресурсами и информацией.

Общественное здоровье. Рекомендуется расширить функции в сфере общественного здоровья, с тем чтобы обеспечить мониторинг всех аспектов здоровья населения, включая клиническую эпидемиологию, а также интерпретацию и представление данных, в т.ч. тенденций и расхождений по системе здравоохранения в целом. Реформа системы государственного контроля общественного здоровья должна предусматривать переход к модели, ориентированной на профилактику заболеваний, продвижение здорового образа жизни и смягчение рисков. Для этого необходимо, в частности, активное управление здравоохранением, например, через мониторинг результатов в отношении здоровья населения, контроль неинфекционных заболеваний, клиническую эпидемиологию, контроль и исследование больничных инфекций и устойчивости к антибиотикам.

Государственные механизмы обеспечения безопасности. В целях реализации функций государства в области планирования, управления и защиты населения рекомендуется обеспечить, чтобы ко всем поставщикам медицинских услуг как в частном, так и в государственном секторе применялись одинаковые требования лицензирования и периодического повторного лицензирования в соответствии с национальными минимальными стандартами безопасности. В национальной стратегии обеспечения качества рекомендуется разграничить государственное лицензирование учреждений посредством проверок на предмет соблюдения минимальных стандартов безопасности в целях обеспечения защиты населения и создать стимулы для получения аккредитации по результатам коллегиального анализа на предмет соблюдения стандартов качества в целях клинического и организационного развития.

Организации здравоохранения. Необходимо создать Медицинскую аккредитационную комиссию, которая будет выступать в качестве независимого органа по оценке соблюдения национальных стандартов качества и в задачи которой будет входить организационное развитие и совершенствование внутренних систем управления. В том, что касается внешней оценки, необходим постепенный переход к валидации эффективных внутренних систем качества, нежели их дублированию; это позволит снизить нагрузку и издержки на проведение внешней проверки и будет способствовать развитию самоуправления. Для проведения коллегиального анализа, кураторства или аккредитации специализированных клинических служб требуются технические возможности, которые превосходят потенциал Медицинской аккредитационной комиссии. Данные виды деятельности должны стать целью процессов клинического управления с участием национальных институтов и неправительственных организаций.

Медицинские лаборатории. Все медицинские лаборатории должны иметь доступ к внешним системам обеспечения качества на базе центральных референтных лабораторий в целях сокращения расхождений в анализах и интерпретации их результатов. Стандарты аккредитации лабораторий должны соответствовать ISO 15189.

Права пациентов. Необходимо активнее распространять информацию о правах пациентов на получение информации, конфиденциальность, защиту чести и достоинства, выбор медико-санитарной помощи и участие в оказываемой им помощи. Также рекомендуется создать и внедрить во всех организациях здравоохранения стандартизированные системы рассмотрения жалоб и стандартизированные инструменты для оценки опыта пациентов. Обзорные результаты внешних оценок организаций здравоохранения должны публиковаться на сайте Министерства здравоохранения.

Руководства и протоколы, разработанные на основе доказательной медицины. Финансирование и планирование процессов разработки, адаптации и внедрения, а также пересмотра клинических руководств и маршрутов оказания помощи должны отвечать потребностям и приоритетам разных клинических специальностей в равной степени. Протоколы, руководства и маршруты должны соответствовать международным принципам AGREE и включать конкретные критерии для проведения аудита клинической документации, стандартизированные индикаторы на основе доступных данных и – для распространенных состояний – краткое содержание консультаций, которые могут быть предоставлены пациентам.

Клинический аудит. Клинический аудит должен проводиться по согласованным приоритетным критериям (высокая затратность, риски, объем и возможность внедрения изменений) с использованием систематической выборки зарегистрированных медицинских случаев в целях оценки соблюдения доказательных критериев, количественного описания характерных аспектов клинической практики и определения мер, необходимых для внедрения улучшений и их отслеживания в рамках повторного аудита.

Обучение в целях повышения качества. В национальном плане базового обучения для всех школ, утвержденном Министерством образования, необходимо определить знания, подходы и навыки, требуемые для повышения качества и безопасности в клинической практике (включая навыки базовых математических вычислений).

Национальная стратегия. Национальная стратегия электронного здравоохранения должна устанавливать общие стандарты определения данных, их сбора и передачи с целью развития обмена данными между различными базами данных, с тем чтобы врачи, руководство и специалисты по планированию получали согласованную информацию. Центр электронного здравоохранения и Фонд обязательного медицинского страхования должны иметь общие процедуры проверки точности и полноты собираемых данных о пациентах и кодирования, а также процедуры расследования и устранения систематических несоответствий.

Преобразование данных в информацию. В официальных публикациях статистических данных рекомендуется использовать наглядные способы представления информации, чтобы подчеркнуть наиболее важные аспекты.

Обратная связь, изучение опыта и улучшения. Рекомендуется проверять точность данных, собираемых на текущей основе, по оригинальным источникам, чтобы стимулировать улучшения в процессе, повышать результаты в отношении здоровья и выявлять расхождения в показателях эффективности различных групп.

Индикаторы эффективности. Необходимо выбрать и разработать в установленном порядке индикаторы для оценки достижения конкретных национальных задач (например, доступ к услугам и использование ресурсов).

Библиография

1. Shaw CD, Kalo I. A background for national quality policy in health systems. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2002 (<http://www.euro.who.int/document/e77983.pdf>, accessed 10 July 2018).
2. Национальная программа реформирования системы здравоохранения Кыргызской Республики «Ден соолук» на 2012-2016 годы. Бишкек: Правительство Кыргызской Республики; 2011 (<http://densooluk.med.kg/ru/>, по состоянию на 9 октября 2018 г.).
3. Концепция улучшения качества медицинских услуг в Кыргызской Республике на 2004-2008 годы. Приказ № 499 Министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 1 ноября 2004 года. Бишкек: Министерство здравоохранения, 2004 г.
4. Кыргызская Республика: Новые перспективы. Комплексная основа развития Кыргызской Республики до 2010 года. Бишкек: Правительство Кыргызской Республики, 2001 г.
5. Закон Кыргызской Республики «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике». Бишкек: Правительство Кыргызской Республики, 1992 г.
6. Recommendation Rec(2006)7 on management of patient safety and prevention of adverse events in health care. Strasbourg: Council of Europe; 2006 (<https://wcd.coe.int/wcd/ViewDoc.jsp?id=1005439&Site=CM> accessed 10 July 2018).
7. Об утверждении Типового положения о Комитете по качеству и безопасности медицинской помощи в организациях здравоохранения. Приказ Министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 26 ноября 2012 года № 641. Бишкек: Правительство Кыргызской Республики, 2012 г.
8. О совершенствовании системы управления качеством в организациях здравоохранения Кыргызской Республики. Приказ Министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 4 августа 2012 года № 454. Бишкек: Правительство Кыргызской Республики, 2015 г.
9. Health facilities autonomy in Kyrgyzstan. Berne: Swiss Development Cooperation; 2018 (https://eda.admin.ch/countries/kyrgyzstan/en/home/international-cooperation/projects.par_projectfilter_afab_page1.par_projectfilter_2b80_page2.html/content/dezaprojects/SDC/en/2013/7F08419/phase1?oldPagePath=/content/countries/kyrgyzstan/en/home/internationale-zusammenarbeit/projekte.html accessed 10 July 2018).
10. Кыргызская Республика: Основанное на результатах финансирование. Вашингтон: Всемирный банк, 2018 г. (. (<http://projects.worldbank.org/P120435/kyrgyz-health-results-based-financing?lang=en&tab=overview>, по состоянию на 9 октября 2018 г.).
11. GLL webinar 6: Strengthening the knowledge base about quality of care – an overview of Hinari: Research for Health. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/qhc/gll/en/index4.html>, accessed 10 July 2018).

12. Анатомия преобразований в здравоохранении: 20-летнее наследие USAID в укреплении систем здравоохранения в Центральной Азии: 1994-2015. Bethesda (MD): Проект «Качественное здравоохранение в Центральной Азии», Abt. Associates Inc.; 2015 (https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1861/USAID_Central%20Asia_Healthcare_20-year-Legacy-document_RUS.pdf, по состоянию на 9 октября 2018 г.).
13. Basel Declaration - continuing professional development as a form of quality improvement. Brussels: European Union of Medical Specialists; 2001 (https://www.uems.eu/__data/assets/pdf_file/0019/1477/BASEL_DECLARATION.pdf, accessed 10 July 2018).
14. Promoting good medical care. Brussels: European Union of Medical Specialists; 2004 (https://www.uems.eu/__data/assets/pdf_file/0014/1481/772.pdf, accessed 10 July 2018).
15. Budapest Declaration on Ensuring the Quality of Medical Care. Brussels: European Union of Medical Specialists; 2006 (http://www.uems.eu/__data/assets/pdf_file/0007/1402/875.pdf accessed 10 July 2018).
16. Tevis SE, Kennedy GD. Postoperative complications and implications on patient-centered outcomes. J Surg Res. 2013;181:106-13.
17. Aylin P, Alexandrescu R, Jen MH, Mayer EK, Bottle A. Day of week of procedure and 30 day mortality for elective surgery: retrospective analysis of hospital episode statistics. BMJ. 2013;346:f2424.
18. Безопасность пациентов: Программа ВОЗ по обеспечению безопасности пациентов. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018 г. (<http://www.who.int/patientsafety/about/ru>, по состоянию на 9 октября 2018 г.).
19. WHO multi-professional patient safety curriculum guide. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://www.who.int/patientsafety/education/mp_curriculum_guide/en, accessed 10 July 2018).
20. Контрольный список ВОЗ для безопасных родов. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2015 г. (<http://www.who.int/patientsafety/topics/safe-childbirth/childbirth-checklist/ru/>, по состоянию на 9 октября 2018 г.).
21. Контрольный перечень мер по обеспечению хирургической безопасности. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2015 г. (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44186/9789244598597_rus_Checklist.pdf?sequence=8, по состоянию на 9 октября 2018 г.).
22. Technical Series on Safer Primary Care. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/patientsafety/topics/primary-care/technical_series/en, accessed 10 July 2018).
23. Руководство ВОЗ по гигиене рук в здравоохранении. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2010 г. (<http://www.who.int/gpsc/5may/tools/9789241597906/ru>, по состоянию на 9 октября 2018 г.).
24. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2006 г.: Совместная работа на благо здоровья. Женева: Всемирная организация здравоохранения г.; 2016 г. (http://www.who.int/whr/2006/06_overview_ru.pdf?ua=1, по состоянию на 9 октября 2018 г.).
25. Lejnev I, Kuttumuratova A. Approaches to an integrated supervisory system in Kyrgyzstan for better maternal and child health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2009 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/82534/KYRG_integrated_MCH.pdf?ua=1, accessed 10 July 2018).

26. Appraisal of guidelines for research and evaluation II: AGREE II instrument. London: Agree Research Trust; 2013 (http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/10/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument_2009_UPDATE_2013.pdf, accessed 10 July 2018).
27. Farrington J, Pezzella FR, Яковлев А., Ротарь О. Обзор организации неотложной помощи и реабилитации при инфаркте миокарда и инсульте в Кыргызстане. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2017 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/337908/KGZ-CVD-Ru-web.pdf?ua=1, по состоянию на 9 октября 2018 г.).
28. Кыргызстан [онлайн-база данных]. Сиэтл: Institute of Health Metrics and Evaluation; 2018 (<http://www.healthdata.org/kyrgyzstan?language=134>, по состоянию на 9 октября 2018 г.).
29. Second health and social protection project (SWAp-2) implementation support review: aide memoire, December 4-15, 2017. Washington (DC): World Bank; 2017.
30. Экспертная группа по вопросам управления системой здравоохранения [презентация]. Бишкек: Тематическое совещание по программе «Ден соолук», 2017 г.
31. Количество пациентов с острым инфарктом миокарда, получивших лечение в стационарах. Бишкек, Республиканский центр электронного здравоохранения, Министерство здравоохранения Кыргызской Республики, 2017 г.
32. Организации здравоохранения, оказывающие услуги первичной медико-санитарной помощи в случаях острого инфаркта миокарда. Бишкек, Республиканский центр электронного здравоохранения, Министерство здравоохранения Кыргызской Республики, 2017 г.
33. Статистический сборник на основе регистров смертности новорожденных и младенцев за 2015 г. Бишкек: Республиканский медико-информационный центр, 2016 г.

Приложение: Составляющие национальной рамочной основы в области качества

Текущие направления политики

На протяжении более 20 лет компоненты национальной программы определялись в последовательных стратегических планах, в т.ч. следующих:

- «Манас» (1996-2006 гг.): права пациентов, клинические руководства, нормативно-правовая база в области качества медико-санитарной помощи;
- «Манас таалими» (2006-2010 гг.): внутренние системы качества, доказательная медицина, инфекционный контроль и медицинское образование; и
- «Ден соолук» (2011-2016 гг., продлена до 2018 г.): услуги, ориентированные на человека, фокус на клинических результатах и результатах в области здоровья населения, интеграция вертикальных программ, автономия руководства, ориентированное на результаты финансирование в сфере первичной помощи и клинические информационные системы.

В Приказе № 454 Министерства здравоохранения от 4 августа 2015 года определены структуры и процессы местных поставщиков медицинских услуг.

Тематический обзор, проведенный в 2017 году, закладывает основу для определения будущих стратегических направлений (29). Рекомендации, касающиеся непосредственно качества медико-санитарной помощи, включали следующие:

- принятие национальной рамочной основы и плана повышения качества медико-санитарной помощи, которые обеспечивали бы принятие соответствующих обязательств на высоком уровне и координацию деятельности заинтересованных сторон;
- разработка национальной структуры и системы управления качеством;
- включение мероприятий по повышению качества медико-санитарной помощи в стратегические закупки;
- использование существующих данных и обмен такими данными в целях определения расхождений и тенденций в качестве обслуживания;
- разработка принципов использования клинических руководств и протоколов в целях проведения внутреннего аудита и определения клинических индикаторов;

- вовлечение в процесс разработки национальных клинических руководств и протоколов профессиональных ассоциаций и групп пациентов.

Цель

Рамочный документ должен определять ценности, задачи, обязанности и принципы в области повышения качества медико-санитарной помощи, с тем чтобы:

- стимулировать и организовывать работу по повышению качества на национальном уровне;
- обеспечивать принятие обязательств в области повышения качеством на высоком уровне;
- обеспечивать координацию национальных и международных партнеров;
- создать стабильную основу для стратегического и операционного планирования.

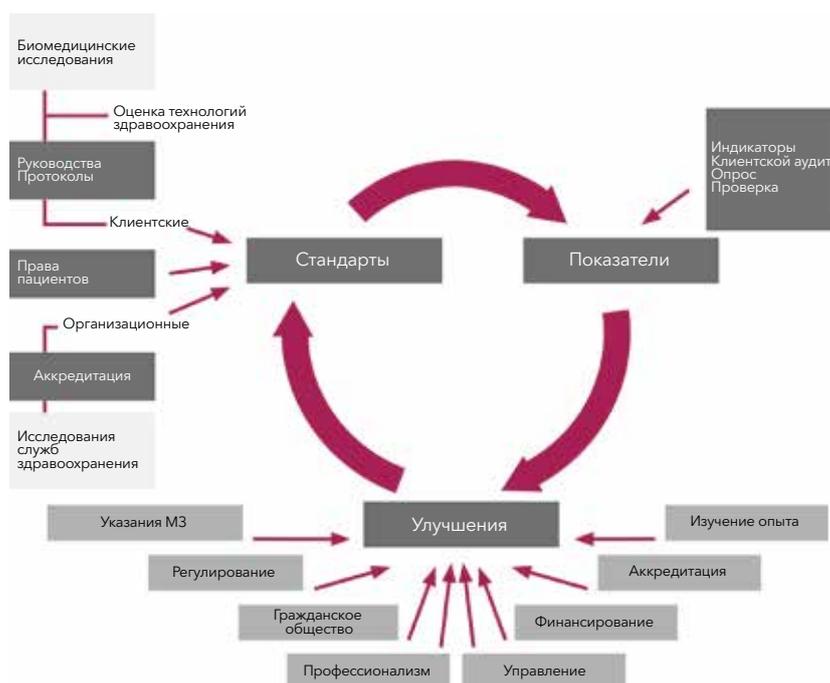
Содержание

Национальный рамочный документ должен включать описание существующих направлений политики в области повышения качества медико-санитарной помощи, объема и аспектов соответствующих мероприятий, общих культурных ценностей, заинтересованных сторон и партнерских организаций, принципов установления стандартов, оценки и совершенствования, а также принципов систем и методологии обеспечения качества.

Принципы интеграции систем обеспечения качества

Для систематического повышения качества требуется сотрудничество и координация множества заинтересованных сторон, участников и ведомств. При этом все должны разделять общее видение и понимать свой вклад (Рис. 7).

Рис. 7. Интеграция систем качества



Источник: Автор

Автономия и подотчетность

Направления работы в сфере клинического управления могут быть следующими:

- поддержка профессиональных ассоциаций в разработке и поддержании систем самоуправления и подготовке соответствующей отчетности;
- определение национального центра для каждого основного вида клинической специализации, в т.ч. ответственности, полномочий и информации, необходимой для обучения и совершенствования;
- лидерство республиканских учреждений и неправительственных организаций в повышении качества посредством коллегиального анализа и кураторства.

Направления работы в сфере развития руководства могут быть следующими:

- предоставление руководству организаций здравоохранения полномочий, навыков, информации и инструментов для анализа внутренних систем качества, национального опыта и проведения сопоставительного анализа (рекомендация № 9);
- определение обязанностей центральных ведомств в области качества и безопасности (в первую очередь, Министерство здравоохранения и Фонд обязательного медицинского страхования).

Права пациентов

Направления работы в сфере прав пациентов могут быть следующими:

- распространение информации о правах пациентов на получение информации, конфиденциальность, защиту чести и достоинства, выбор медико-санитарной помощи и участие в оказываемой им помощи в организациях здравоохранения и на доступных сайтах;
- разработка и внедрение стандартизированной системы рассмотрения жалоб и инструментов для опроса пациентов во всех организациях здравоохранения;
- публикация обзорных отчетов о результатах внешней оценки и показателях эффективности организаций здравоохранения на сайте Министерства здравоохранения;
- повышение грамотности в вопросах здоровья, развитие у пациентов навыков распознавания неотложных медицинских состояний и реагирования на такие состояния.

Стандарты медико-санитарной помощи

Направления работы в сфере стандартов медико-санитарной помощи могут быть следующими:

- финансирование программы по оценке медицинских технологий в целях разработки, внедрения и оценки руководств в соответствии с очевидными приоритетами в области клинической специализации и маршрутов пациентов;
- протоколы, руководства и маршруты должны соответствовать международным принципам AGREE и включать конкретные критерии для проведения аудита клинической документации, стандартизированные индикаторы на основе доступных данных и – для распро-

страненных состояний – краткое содержание консультаций, которые могут быть предоставлены пациентам;

- ориентирование клинического аудита на приоритетные вопросы (высокая затратность, риски, объем и вариативность) с использованием систематической выборки в целях количественного описания характерных аспектов практики;
- смещение баланса между внешним и внутренним аудитом: коллегиальный анализ, кураторство и управление клинической практикой эффективнее в условиях меняющейся клинической практики, чем внешние проверки и наказание за несоблюдение требований.

Институциональное развитие

Направления работы в сфере институционального развития могут быть следующими:

- проведение государственных проверок на предмет соблюдения минимальных стандартов безопасности в частном и государственном секторах;
- предоставление Медицинской аккредитационной комиссии полномочий по проведению независимой оценки организаций на предмет соблюдения национальных стандартов организационной эффективности;
- наделение Медицинской аккредитационной комиссии или другого органа функцией обеспечивать организационное развитие и совершенствование внутренних систем управления;
- постепенное переориентирование внешней оценки на валидацию и кураторство вместо дублирования эффективных внутренних систем обеспечения качества.

Информация и обучение

Направления работы в сфере информации и обучения могут быть следующими:

- разработка национальных стандартов для определения данных, их сбора в базы данных и обмена между базами данных, с тем чтобы врачи, руководство и специалисты по планированию получали согласованную информацию;
- определение стандартных процедур для проверки точности и полноты сбора данных пациентов и кодирования;
- текущий анализ данных о сопутствующих заболеваниях и осложнениях у пациентов в целях обратной связи, изучения опыта и улучшения показателей;
- использование данных о разных значениях показателей эффективности организаций здравоохранения в целях стимулирования улучшений на уровне врачебного персонала и руководства;
- передача текущих данных группам специалистов и организациям в целях подтверждения их точности, улучшения процессов и результатов;
- выбор и разработка индикаторов эффективности в соответствии с валидированными процедурами в целях оценки достижения конкретных национальных и институциональных целей;
- использование показателей, обеспечивающих возможность их сопоставления с международными индикаторами, например, используе-

мыми ВОЗ и Организацией экономического сотрудничества и развития (ОЭСР);

- наглядное представление информации в официальных публикациях статистических данных, с тем чтобы проиллюстрировать особо важные моменты и разнообразить числовые данные;
- постановка вопроса о систематическом неотражении в отчетности информации об инцидентах и осложнениях на всех уровнях.

Содействующие факторы

Направления работы в сфере создания факторов, которые способствовали бы разработке и внедрению рамочной основы в области качества, могут быть следующими:

- четкое определение ценностей на уровне стратегического планирования и ожидаемых результатов в виде изменения культуры;
- безопасность пациентов как приоритет национального видения в области качества;
- финансовое поощрение достижений в области клинических процессов и результатов в отношении здоровья, безопасности и опыта пациентов;
- включение вопросов качества и безопасности в национальные планы базового обучения для всех школ, утвержденные Министерством здравоохранения;
- определение в национальных планах основных мер поддержки и финансирования внутренних систем обеспечения качества: навыки, инструменты, данные и техническое содействие.

Пилотные аудиты

В качестве следующего шага к пониманию сильных и слабых сторон существующих систем обеспечения качества предлагается проводить национальные аудиты по отдельным индикаторным состояниям.

Цель аудитов

Целью таких аудитов будет проверка потенциала существующих систем и создание модели оценки на основе клинических данных и коллегиального анализа на уровне организаций здравоохранения.

Задачи пилотных исследований на национальном уровне:

- определить и вовлечь соответствующие заинтересованные стороны и партнеров;
- проверить наличие и достоверность данных, собираемых на текущей основе;
- проверить способность Центра электронного здравоохранения генерировать отчеты по конкретным вопросам и сравнительные показатели;
- проверить национальные клинические протоколы на соответствие международным конвенциям;
- исследовать возможности республиканских больниц для достижения лидерства в сфере клинической практики в соответствующих специализациях;

- провести валидацию агрегированных данных, соответствующих показателям Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР);
- разработать валидированные стандартизированные индикаторы для проведения сравнения во временном диапазоне и между организациями.

Задачи пилотных исследований на институциональном уровне:

- проверить функциональность аудита на основе критериев в больницах и учреждениях первичной медико-санитарной помощи;
- обучить врачебный персонал и координаторов по качеству принципам клинического аудита на основе критериев;
- проверить возможность извлечения данных по конкретным случаям из систем организаций;
- проверить возможность внедрения внутреннего клинического аудита на уровне клиничко-статистических групп;
- определить факторы вариативности клинического процесса и результатов в отношении здоровья.

Задачи систематического внутреннего медицинского аудита:

- выявить расхождения в клинической практике;
- оценить полноту клинической документации;
- создать объективную базу для обсуждения врачебным персоналом возможностей использования клинических руководств на основе доказательной медицины;
- предоставить отдельным лицам и организациям обратную связь, возможности для совершенствования процессов и изучения опыта.

Критерии выбора клинической проблематики

Для выбранных состояний необходимо определить приоритеты исходя из бремени заболевания или инвалидности по таким критериям, как затратность, риск, объем или вариативность. Сердечно-сосудистые заболевания, а также охрана здоровья матери и ребенка – приоритетные направления работы в силу того, что:

- представляют собой признанную проблему;
- в этих сферах возможны улучшения;
- маршруты помощи в данных случаях являются комплексными – от профилактики через первичную помощь до стационарной помощи;
- существуют четкие руководства и протоколы;
- имеются источники данных, собираемых на регулярной основе.

Структура исследования

В зависимости от исследуемого клинического состояния или услуги национальный аудит может быть проведен в форме:

- статистического анализа тенденций и расхождений в существующих системах данных;
- аудита стратифицированной выборки медицинских карт пациентов на основе ряда критериев;
- организационного аудита учреждений и операционных процедур.

Практические шаги могут включать:

- определение и исследование существующих данных о пациентах и населении;
- определение используемых в настоящее время клинических руководств и протоколов;
- разработка критериев анализа клинической документации;
- внедрение процедур стратифицированной выборки и сбора данных;
- обучение персонала принципам аудита на основе критериев;
- внедрение процедур агрегации и анализа данных;
- организация обратной связи, обсуждений и изучения опыта.

Процесс и выводы национального аудита должны способствовать определению приоритетов и возможностей для совершенствования процессов на локальном и системном уровнях. Таким образом, они должны давать доказательные данные для разработки национальной дорожной карты в области качества.

Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г., основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

Государства-члены

Албания
Андорра
Армения
Австрия
Азербайджан
Беларусь
Бельгия
Босния и Герцеговина
Болгария
Хорватия
Кипр
Чехия
Дания
Эстония
Финляндия
Франция
Грузия
Германия
Греция
Венгрия
Исландия
Ирландия
Израиль
Италия
Казахстан
Кыргызстан
Латвия
Литва
Люксембург
Мальта
Монако
Черногория
Нидерланды
Норвегия
Польша
Португалия
Республика Молдова
Румыния
Российская Федерация
Сан-Марино
Сербия
Словакия
Словения
Испания
Швеция
Швейцария
Таджикистан
Бывшая Югославская
Республика Македония
Турция
Туркменистан
Украина
Соединенное Королевство

Всемирная организация здравоохранения Regional Office for Europe

UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Тел.: +45 45 33 70 00 Факс: +45 45 33 70 01

Email: eucontact@who.int

Сайт: www.euro.who.int