

РУКОВОДСТВО ПО НАЦИОНАЛЬНОЙ ПОЛИТИКЕ И СТРАТЕГИИ В ОБЛАСТИ КАЧЕСТВА

**Практический подход к разработке политики
и стратегии в целях повышения качества
медицинской помощи**



**Всемирная организация
здравоохранения**

РУКОВОДСТВО ПО НАЦИОНАЛЬНОЙ ПОЛИТИКЕ И СТРАТЕГИИ В ОБЛАСТИ КАЧЕСТВА

**Практический подход к разработке политики
и стратегии в целях повышения качества
медицинской помощи**

Документ является результатом совместной работы
Всемирной организации здравоохранения и стран,
осуществляющих национальные инициативы
по повышению качества



**Всемирная организация
здравоохранения**

Руководство по национальной политике и стратегии в области качества: практический подход к разработке политики и стратегии в целях повышения качества медицинской помощи [Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care]

ISBN 978-92-4-456556-8

© Всемирная организация здравоохранения, 2018

Некоторые права защищены. Данная работа распространяется на условиях лицензии Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

По условиям данной лицензии разрешается копирование, распространение и адаптация работы в некоммерческих целях при условии надлежащего цитирования по указанному ниже образцу. В случае какого-либо использования этой работы не должно подразумеваться, что ВОЗ одобряет какую-либо организацию, товар или услугу. Использование эмблемы ВОЗ не разрешается. Результат адаптации работы должен распространяться на условиях такой же или аналогичной лицензии Creative Commons. Переводы настоящего материала на другие языки должны сопровождаться следующим предупреждением и библиографической ссылкой: «Данный перевод не был выполнен Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), и ВОЗ не несет ответственность за его содержание или точность. Аутентичным и подлинным изданием является оригинальное издание на английском языке».

Любое урегулирование споров, возникающих в связи с указанной лицензией, проводится в соответствии с согласительным регламентом Всемирной организации интеллектуальной собственности.

Пример оформления библиографической ссылки для цитирования. Руководство по национальной политике и стратегии в области качества: практический подход к разработке политики и стратегии в целях повышения качества медицинской помощи [Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

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

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

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

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

Упоминание конкретных компаний или продукции отдельных изготовителей, патентованной или нет, не означает, что ВОЗ 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.

ВОЗ приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. ВОЗ ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, возникший в результате использования этих материалов.

Printed in Kazakhstan, in Russian

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|--|-----------|
| Предисловие | 6 |
| Благодарности | 8 |
| Сокращения | 9 |
| ВВЕДЕНИЕ | 11 |
| Что такое национальная политика и стратегия в области качества | 12 |
| Значение и интеграция политики и стратегии | 13 |
| Обоснование необходимости в повышении качества | 14 |
| Определение концепции качества | 15 |
| Культура качества | 16 |
| Качество в системе здравоохранения | 18 |
| НПСК в контексте всеобщего охвата услугами здравоохранения и ЦУР | 19 |
| Руководство по национальной политике и стратегии в области качества | 20 |
| Инициатива по разработке НПСК | 21 |
| ЧАСТЬ I. РАЗРАБОТКА ПОЛИТИКИ | 23 |
| Разработка национальной политики в области качества | 25 |
| 1. Национальные цели и приоритеты здравоохранения | 26 |
| 2. Определение качества на местном уровне | 27 |
| 3. Определение и вовлечение заинтересованных сторон | 29 |
| 4. Ситуационный анализ: состояние качества | 31 |
| 5. Управленческая и организационная структура обеспечения качества | 32 |
| 6. Методы и мероприятия, направленные на внедрение улучшений | 34 |
| 7. Системы управленческой информации и данных в области здравоохранения | 36 |
| 8. Индикаторы качества и основные показатели | 37 |
| ЧАСТЬ II. РАЗРАБОТКА СТРАТЕГИИ | 38 |
| Разработка национальной стратегии в области качества | 40 |
| 1. Национальные цели и приоритеты здравоохранения | 40 |
| 2. Определение качества на местном уровне | 43 |
| 3. Определение и вовлечение заинтересованных сторон | 44 |
| 4. Ситуационный анализ: состояние качества | 48 |
| 5. Управленческая и организационная структура обеспечения качества | 51 |
| 6. Методы и мероприятия, направленные на внедрение улучшений | 54 |
| 7. Системы управленческой информации и данных в области здравоохранения | 63 |
| 8. Индикаторы качества и основные показатели | 67 |

| | |
|---|-----------|
| Разработка оперативного плана для реализации..... | 70 |
| Обзор и обоснование..... | 70 |
| Когда и как разрабатывается оперативный план? | 70 |
| Какие составляющие должен включать оперативный план? | 71 |
| Интеграция технических программ с национальной политикой и стратегией качества..... | 71 |
| ЧАСТЬ III. ИНСТРУМЕНТЫ И РЕСУРСЫ..... | 74 |
| Общая информация | 75 |
| Поиск, отбор и использование инструментов для поддержки процесса НПСК..... | 75 |
| Справочник инструментов и ресурсов..... | 77 |
| Глоссарий..... | 79 |
| Библиография | 84 |
| Вставки | |
| Вставка 1. Разработка политики и стратегии с учетом опыта реализации..... | 14 |
| Вставка 2. Определение качественной медицинской помощи | 16 |
| Вставка 3. Культура качества: основные характеристики | 17 |
| Вставка 4. Водоснабжение, санитария и гигиена: критически важный фактор обеспечения качества услуг здравоохранения | 19 |
| Вставка 5. Цели и приоритеты | 26 |
| Вставка 6. Безопасность и качество здравоохранения: тесно связанные приоритеты | 27 |
| Вставка 7. Иллюстративный список потенциальных заинтересованных сторон..... | 30 |
| Вставка 8. Качество медицинской помощи: функции и обязанности отдельных заинтересованных сторон | 33 |
| Вставка 9. Основные составляющие, необходимые для обеспечения качества в масштабах системы..... | 35 |
| Вставка 10. Отличия в национальных стратегиях в области качества..... | 42 |
| Вставка 11. Пример из практики: определение качества в Судане | 43 |
| Вставка 12. Вовлечение сообщества и пациентов: опыт Уганды..... | 47 |
| Вставка 13. Внешняя оценка, лицензирование и сертификация | 55 |
| Вставка 14. Применение трилогии Джурана при выборе мероприятий | 56 |
| Вставка 15. Примеры основных вопросов для оценки имеющихся источников данных..... | 64 |
| Вставка 16. Потенциальные источники данных для оценки качества, доступные во многих странах | 65 |
| Вставка 17. Десять критериев оценки индикаторов качества для составления набора основных индикаторов | 69 |
| Вставка 18. Потенциальные источники инструментов и ресурсов..... | 76 |

Рисунки

| | |
|---|----|
| Рисунок 1. Переход от линейных моделей к процессу разработки политики и стратегии с учетом опыта реализации | 14 |
| Рисунок 2. Пример организационной схемы национальных мероприятий в сфере повышения качества..... | 52 |
| Рисунок 3. Примеры деятельности на пяти уровнях иерархии..... | 61 |
| Рисунок 4. Рамочная основа для разработки мероприятий на каждом уровне иерархии: Мексика | 62 |
| Рисунок 5. Инструменты и ресурсы: источники и применимость в контексте процесса НПСК | 78 |

Таблицы

| | |
|---|----|
| Таблица 1. Определение аспектов качества..... | 28 |
| Таблица 2. Заинтересованные стороны и их задачи..... | 45 |
| Таблица 3. Примеры мероприятий в области качества | 58 |

ПРЕДИСЛОВИЕ

Цели в области устойчивого развития направлены на достижение всеобщего охвата медико-санитарными услугами, что означает «обеспечение доступа для всех людей и сообществ к необходимым им медицинским услугам по укреплению здоровья, профилактике заболеваний, лечению, реабилитации и паллиативной помощи, *достаточно качественным, чтобы достигать нужного эффекта*, и обеспечение того, чтобы использование таких услуг не создавало финансовых трудностей для пользователей».

Рамочная основа ВОЗ по обеспечению интегрированных ориентированных на человека услуг здравоохранения, представляет собой видение будущего, в котором «все люди имеют доступ к медицинским услугам, которые оказываются способом, отвечающим их предпочтениям, учитывают их потребности и являются безопасными, эффективными, своевременными, затратоэффективными и приемлемого качества». Предлагаемые действия в рамках Рамочной основы ВОЗ сфокусированы на *политических рычагах, направленных на повышение качества*.

Страны стремятся повысить эффективность своих систем здравоохранения, и поэтому приоритетной задачей для них является разработка, совершенствование и реализация национальной политики и стратегии в области качества. В связи с тем, что все больше внимания уделяется достижению всеобщего охвата медико-санитарными услугами, растет понимание того, что улучшение доступа к услугам должно сопровождаться целенаправленными усилиями по повышению качества медицинских услуг, что позволит достичь необходимых улучшений в показателях здоровья населения.

Странам нужны советы и рекомендации, которые они могли бы использовать в разработке национальной политики и стратегии в области качества. Они применяют различные подходы к проблеме повышения качества, при этом многие ищут решения на субнациональном уровне. Однако цель остается неизменной: повышение качества медицинских услуг как один из главных факторов укрепления систем здравоохранения и, в конечном счете, улучшения здоровья населения.

В свете этой насущной потребности инициатива ВОЗ по разработке национальной политики и стратегии в области качества ставит перед собой четыре задачи: (a) повышение осведомленности, развитие знаний и навыков в отношении политики и стратегии в области качества в странах с низким и средним уровнем доходов; (b) краткое изложение основных процессов планирования, разработки и реализации национальной политики и стратегии в области качества; (c) оказание поддержки странам в этом направлении; и (d) продолжение совместной разработки и документирования процессов, связанных с формированием и осуществлением национальной политики и стратегии в области качества, на площадке лаборатории учебных материалов.

Данный документ создает фундамент для инициативы, опираясь на существующий объем работы, выполненный ВОЗ и другими сторонами. Он структурирует информацию, касающуюся предметной области, излагает некоторые ключевые вопросы для рассмотрения и представляет собой отправную точку для дальнейших действий. Документ будет дорабатываться в рамках совместной работы с участием стран и технических партнеров, в результате чего будет создан ряд дополнительных ресурсов. Данное руководство подготовлено в рамках более масштабной инициативы, направленной на удовлетворение потребностей стран в стратегическом и практическом консультировании по вопросам политики и стратегии в области качества. Важной составляющей данного подхода является его взаимосвязь с более широкой политикой здравоохранения и планированием.

Настоящий базовый документ предназначен для широкой аудитории. Главная целевая аудитория – лица, ответственные за разработку и реализацию национальной политики и стратегии в области качества. Гораздо шире круг косвенных бенефициаров – заинтересованных сторон, которые активно участвуют в национальном процессе. Данный документ также может быть полезен партнерам на национальном, региональном и глобальном уровнях, которые оказывают поддержку в работе по повышению качества.

У каждой страны собственный путь к обеспечению всеобщего доступа к медицинским услугам, определяемый разнообразными и сложными факторами. Тщательно продуманный национальный подход к вопросам качества может стать одним из главных факторов для улучшения показателей систем здравоохранения в странах.

БЛАГОДАРНОСТИ

Руководство ВОЗ по национальной политике и стратегии в области качества составлено под общим руководством Edward Kelley и Shams Syed из Департамента по вопросам предоставления и безопасности услуг, штаб-квартира ВОЗ, Женева. В основной авторский коллектив вошли Sheila Leatherman, Shams Syed, Ruben Frescas и Matthew Neilson.

Значительный вклад в содержание руководства внесла Sheila Leatherman, ведущий консультант по инициативе ВОЗ по разработке национальной политики и стратегии в области качества. Материалы предыдущих исследований и публикаций Sheila Leatherman и соавторов использовались во всех разделах руководства.

На содержание руководства в значительной степени повлияла предыдущая работа ВОЗ, связанная с вопросами политики и стратегии в области качества и безопасности пациентов, которая велась как в штаб-квартире ВОЗ, так и в регионах ВОЗ.

При подготовке руководства мы опирались на примеры того, как национальная политика и стратегия в области качества разрабатывается в разных странах, и многие из этих примеров приведены в тексте. В частности, мы хотели бы отметить ряд стран, внесших вклад в руководство в виде новых знаний и опыта, а именно: Гану, Индонезию, Колумбию, Либерию, Малави, Мексику, Судан и Эфиопию.

Мы также хотели бы отметить работу ряда технических партнеров, включая Международное общество по качеству в здравоохранении (International Society for Quality in Health Care), Институт по улучшению качества услуг здравоохранения (Institute for Healthcare Improvement), проект USAID «Применение научных знаний для укрепления и совершенствования систем» (Applying Science to Strengthen and Improve Systems Project, ASSIST) и HealthQual; результаты их работы оказали влияние на область исследования и использовались при подготовке данной публикации.

Мы выражаем признательность Bruce Agins и Josh Bardfield за их вклад в раздел об интеграции технических программ с национальной политикой и стратегией в области качества; Lisa Hirschhorn и Sun Mean Kim за помощь в подготовке разделов о системах, данных и оценке управленческой информации в области здравоохранения; Liana Rosenkrantz Woskie, Anthony Moccia и Ruma Rajbhandari за их работу над разделом о мероприятиях по улучшению качества; и Julie Storr, Lopa Basu, Nana Mensah Abrampah, Rhea Bright, Breda Cosgrove и Laura Simpson за рецензирование руководства.

Ценный вклад в работу в виде материалов, экспертной оценки и предложений внесли: Kehinde Balogun, Stephen Balogun, Pierre Barker, Jeffrey Braithwaite, Lucky Chikaura, Susan Davis, Paulina Pacheco Estrello, Raghavendra Guru, Maki Kajiwara, Pierre Claver Kariyo, Manuel Kassaye Sibhatu, Samuel Kidane, Jason Leitch, Garth Manning, Rashad Massoud, Mohamed A. Mohamed, Margaret Montgomery, Zainab Naimy, Edgar Necochea, Wendy Nicklin, Robbie Pearson, Charles Shaw, Sylvia Sax, Sodzi Sodzi-Tettey, David Weakliam и Albert Wu.

Первая рабочая версия руководства получила экспертную оценку на совещании в Женеве, Швейцария, в июне 2017 года, в котором страны представляли следующие участники: Hind Babekir Hassan Abdallatif, Philip Kerkula Bemah, Daniel Gebremichael Burssa, Andrew Likaka, German Escobar Morales, Benjamin Nyakutsey, Sebastian Garcia Saisó и Eka Viora. В совещании также участвовали следующие национальные и региональные эксперты ВОЗ: Salma Burton, Nino Dal Dayanghirang, Jonas Gonseth-Garcia, Mondher Letaief и Juan Eduardo Tello. Присутствовали также эксперты из штаб-квартиры ВОЗ: Benedetta Allegranzi, Giorgio Cometto, Neelam Dhingra-Kumar, Bruce Gordon, Ann-Lise Guisset, Heather Harmon, Lauren Hoisl, Dirk Horemans, Sun Mean Kim, Blerta Maliqi, Asiya Odugleh-Kolev, Archana Shah и Satvinder (Vindi) Singh.

Поддержка была также предоставлена Министерством здравоохранения, труда и благосостояния Японии через вклад во Всемирную организацию здравоохранения.

СОКРАЩЕНИЯ

| | |
|-------------|--|
| GLL | Глобальная лаборатория материалов ВОЗ по вопросам всеобщего охвата качественными услугами здравоохранения (Global Learning Laboratory) |
| ВОЗ | Всемирная организация здравоохранения |
| ВСГ | Водоснабжение, санитария и гигиена |
| НПСК | Национальная политика и стратегия в области качества |
| ОЭСР | Организация экономического сотрудничества и развития |
| СУИЗ | Система управленческой информации в области здравоохранения |
| ЦРТ | Цель развития тысячелетия |
| ЦУР | Цель в области устойчивого развития |

Краткий обзор руководства

Что представляет собой данный документ?

Руководство, в котором описывается задача, процесс и вспомогательные инструменты для разработки национальной политики и стратегии в области качества медицинских услуг

Для кого предназначено руководство?

Государственные органы, занимающиеся разработкой национальной политики и стратегии в области качества, заинтересованные стороны, участвующие в процессе, внешние партнеры, оказывающие поддержку министерствам здравоохранения

Как применять?

В качестве структурированного подхода к разработке национальной политики и стратегии в области качества, в дополнение к существующим в стране знаниям и опыту в данной сфере и внешней поддержке

Всеобщий охват медицинскими услугами означает, что все люди и сообщества имеют доступ к необходимым им услугам по укреплению здоровья, профилактике заболеваний, лечению, реабилитации и паллиативной помощи, достаточно качественным, чтобы достигать нужного эффекта; при этом использование таких услуг не создает для них финансовых трудностей. Многие страны прилагают усилия, чтобы повысить качество медицинской помощи и официально закрепить культуру качества в масштабах всей системы здравоохранения. Эту деятельность можно усилить посредством разработки **национальной политики и стратегии в области качества (НПСК)**.

Руководство включает обзор восьми ключевых элементов, необходимых для разработки политики и стратегии, и состоит из трех основных разделов: **политика, стратегия и инструменты**.

Политика

Политика основывается на совместном (согласованном) стремлении/цели, подкрепленной четко изложенным заявлением о намерении, и приобретает форму согласованного «курса действий». В этом разделе описывается, как разработать национальную политику в области качества в виде отдельного документа или в рамках более широкой национальной политики в области здравоохранения.

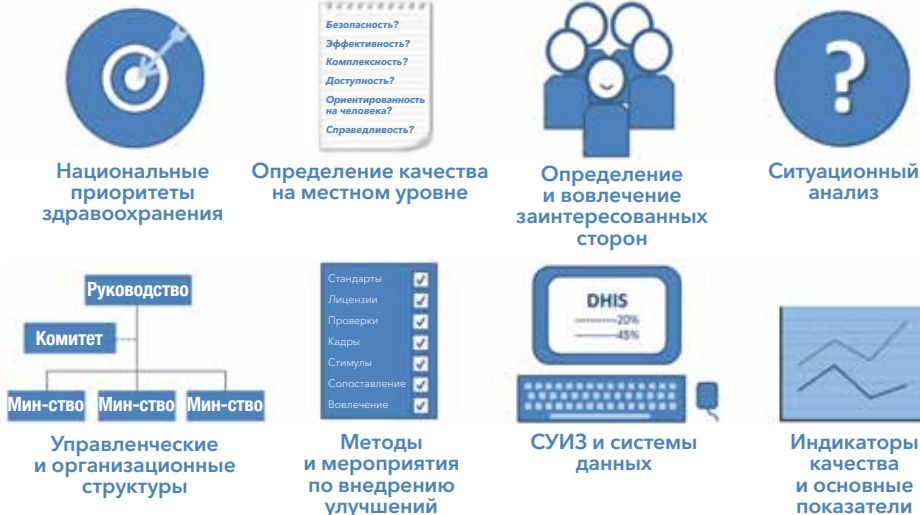
Стратегия

Стратегия обеспечивает четкую «дорожную карту» и показывает, как политика будет осуществляться. Многие аспекты стратегии будут разрабатываться одновременно с политикой. В этом разделе описывается структурированный многосторонний процесс, построенный/основанный на использовании фактических/имеющихся данных.

Инструменты

Ряд дополнительных инструментов и ресурсов могут быть полезны в процессе разработки НПСК. В этом разделе объясняется, как получить доступ к таким инструментам и выбрать из них нужные, а также рассказывается о справочнике инструментов, представленных в Глобальной лаборатории материалов ВОЗ по вопросам качественного всеобщего охвата услугами здравоохранения.

Восемь элементов НПСК



Оперативное планирование

Реализация стратегии может быть описана в виде подробного оперативного плана, в котором будут определены ключевые задачи, распределены обязанности, определены промежуточные этапы и рассмотрены практические аспекты реализации, такие как финансирование.

Интеграция технических программ

В странах часто уже реализуются инициативы в области качества, ориентированные на конкретные технические направления (такие как ВИЧ или водоснабжение, санитария и гигиена) или группы населения (например, матери и дети). Для успешной интеграции отдельных направлений работы в общее русло по повышению качества национального здравоохранения требуется тщательное планирование.

ВВЕДЕНИЕ

Обзор раздела

- Что такое национальная политика и стратегия в области качества (НПСК)
- Значение и интеграция политики и стратегии
- Обоснование необходимости в повышении качества
- Определение концепции качества
- Культура качества
- Качество в системе здравоохранения
- НПСК в контексте всеобщего охвата услугами здравоохранения и ЦУР
- Как использовать данный ресурс

Разные причины побуждают страны заняться решением проблемы качества медицинской помощи. Это и восприятие качественного здравоохранения как общественного блага и стремление к его достижению; и растущее понимание несоответствия медицинских услуг стандартам безопасности, эффективности и ориентированности на нужды людей; стремление к всеобщему охвату услугами здравоохранения и понимание того, что улучшение доступа к медицинским услугам без надлежащего внимания к их качеству не приведет к желаемым результатам в области здоровья населения; необходимость сокращения расходов, увеличения эффективности и достижения оптимального соотношения цены и качества услуг в системе здравоохранения; все большее осознание необходимости в согласовании работы государственных и частных учреждений здравоохранения в условиях разрозненных и смешанных рынков медицинских услуг; растущее понимание того, насколько важную роль играет надежность услуг в обеспечении эффективной готовности к вспышкам заболеваний или другим сложным чрезвычайным ситуациям; и, наконец, ожидания со стороны общественности, средств массовой информации и гражданского общества на фоне растущего общественного запроса на прозрачность и подотчетность.

Несмотря на то, что причины, по которым страны стремятся улучшить качество медицинских услуг, могут быть разными, в ходе разработки или совершенствования политики и стратегий в области качества они столкнутся с общими проблемами; им также придется решать схожие основные задачи.

Хотя очевидно, что возможности стран в плане обеспечения качественной медицинской помощи зависят от имеющихся ресурсов, неправильно считать, что задача повышения качества может решаться только странами с высоким уровнем дохода или на этапе, когда обеспечен более широкий доступ к медицинским услугам. Каждый аспект качества актуален в любой системе здравоохранения, и в то время как разные страны располагают разным количеством доступных ресурсов, позволяющих в той или иной мере решить вопрос с каждым из этих аспектов, почти всегда можно найти направление, в котором первоначальные усилия будут требовать минимальных ресурсов. Действительно, поскольку сфокусированность на качестве способствует повышению эффективности, затратоэффективности и комплексности услуг, отвечающих потребностям населения, национальные инициативы по повышению качества могут способствовать увеличению ценности услуг любой системы здравоохранения в сравнении с понесенными затратами.

Что такое национальная политика и стратегия в области качества

Национальная политика и стратегия в области качества (НПСК) – это организованная работа по стимулированию и планированию мероприятий, направленных на повышение качества, в масштабах страны. Это понятие часто используется в документе в контексте официального, четко изложенного подхода и действий, направленных на повышение качества медицинского обслуживания в рамках всей системы здравоохранения страны, и его необходимо

рассматривать в тесной взаимосвязи с более широкой национальной политикой в области здравоохранения и процессом планирования. Как правило, такие документы разрабатывает министерство здравоохранения в тесном сотрудничестве с лицами, определяющими политику, и исполнителями.

Опыт стран в разработке и реализации национальной политики и стратегии в области качества подчеркивает преимущества единого согласованного плана, который обеспечивает руководство и содержит указания по качеству на всех уровнях системы. При этом политика в области качества существует в более широком контексте системы и механизмов государственного управления. НПСК может прояснить взаимосвязи с национальными политиками, планами и приоритетами в области здравоохранения и других областях, не связанных со здравоохранением, подчеркнуть важность процессов, ориентированных на качество, в реализации общих приоритетов в области здравоохранения и определить порядок подотчетности в целях повышения ориентированности услуг на нужды людей.

Значение и интеграция политики и стратегии

Многие страны предпочитают сосредоточиться на национальной стратегии качества; тем не менее, существует также польза в разработке национальной политики в области качества, которая обеспечивает политическую поддержку, помогает в реализации стратегии и создает более широкий политический контекст для национальной инициативы по повышению качества. Несмотря на то, что в процессе разработки и в содержании политики и стратегии могут быть существенные совпадения, между ними существует четкое различие: *политика* основывается на общей цели, подкрепленной четко изложенным заявлением о намерении, и приобретает форму согласованного «курса действий». Политика может обосновать необходимость принятия тех или иных мер и определить общие приоритеты. *Стратегия* обеспечивает четкую «дорожную карту» и показывает, как политика будет реализована; ее можно корректировать в течение более длительного периода реализации политики. Стратегия в области качества – это средство, помогающее ускорить достижение целей и приоритетов в сфере здравоохранения с использованием принципов управления качеством, которые включают планирование, контроль и повышение качества. В настоящем документе рассматривается процесс одновременной разработки политики и стратегии, но в зависимости от потребностей конкретной страны фокус может сместиться или на политику, или на стратегию. Независимо от этого, на этапе принятия решений, важно учитывать все аспекты как политики, так и стратегии.

Разумеется, при разработке политики и стратегии следует применять комплексный подход: как правило, разрабатывается один документ или, в некоторых случаях, несколько взаимосвязанных и взаимодополняющих документов в рамках общей программы мероприятий по повышению качества услуг системы здравоохранения. Вполне разумно также рассмотреть вопрос о том, является ли механизм разработки и публикации национальной политики и стратегии или обоих документов наиболее подходящим в рамках более широкого и комплексного процесса планирования национального здравоохранения. Оба подхода имеют свои преимущества и недостатки. Например, несмотря на то, что объединение усилий по повышению качества в рамках национальной политики и стратегии в области здравоохранения может обеспечить такие результаты, как усиление политической поддержки, реализация совместными усилиями и возможность рассмотрения вопросов качества в масштабах всей системы, подготовка отдельных документов позволит рассмотреть вопросы качества более подробно и внимательно и разделить сроки планирования и реализации. Какой бы подход ни применялся, следует позаботиться о том, чтобы разработка НПСК осуществлялась согласованно с более широким процессом планирования национального здравоохранения, будь то путем полной интеграции процессов разработки и публикации или простого согласования целей, приоритетов и действий с указанием в документах перекрестных ссылок.

В политике и стратегии особое внимание может уделяться услугам здравоохранения, которые финансируются государством или предоставляются государственными медицинскими учреждениями, но при этом следует учитывать, как такие услуги могут повлиять на всю систему здравоохранения. Охватывая полный спектр услуг, национальная программа повышения качества должна также включать частный сектор, в том числе религиозные организации, при этом ключевые роли могут быть отведены межотраслевым институтам, таким как профессиональные организации, органы местного самоуправления и научному сообществу.

Вставка 1. Разработка политики и стратегии с учетом опыта реализации

Традиционно политика, стратегия и реализация рассматриваются как отдельные составляющие линейного процесса. Тем не менее, переход к трехстороннему процессу (см. Рис. 1), в котором опыт реализации влияет на процесс разработки политики и стратегии, может сформировать чувство ответственности и сопричастности у тех, кто занимается внедрением и обеспечивает, чтобы разрабатываемые документы были основаны на реальном положении дел в сфере предоставления услуг и опыте пациентов и сообщества. На практике разработка политики и стратегии с учетом опыта реализации требует постоянного эффективного взаимодействия с заинтересованными сторонами на всех уровнях системы здравоохранения и на всех этапах процесса, при этом в целях улучшения качества необходимо исключить привычное противопоставление подходов по принципу «сверху вниз» и «снизу вверх».

Рис. 1. Переход от линейных моделей к процессу разработки политики и стратегии с учетом опыта реализации



Обоснование необходимости в повышении качества

Процесс разработки и реализации национальной политики и стратегии в области качества медицинской помощи сам по себе может быть ключевым механизмом, способствующим повышению качества медицинской помощи, поскольку он может обеспечить вовлечение и поддержку со стороны основных заинтересованных сторон (особенно на уровне правительства), привлечь к проблеме внимание общественности и профессионального сообщества, а также показать ценность таких инициатив для системы здравоохранения. Однако даже для того, чтобы получить адекватную поддержку, на начальном этапе разработки национальной политики и стратегии, могут потребоваться большие усилия. В условиях ограниченности ресурсов и конкурирующих приоритетов в области здравоохранения разъяснение необходимости сосредоточить усилия на конкретной проблеме может оказаться сложной задачей. Начальные шаги, необходимые для того, чтобы заложить основу для национальной программы повышения качества, могут включать:

- выявление и привлечение ключевых лиц, принимающих решения и влияющих на политику;
- демонстрация потенциального результата, например, посредством фактических подтверждений или примеров других стран;
- привлечение внешних сторонников, таких как технические агентства и научные сообщества;
- формирование поддержки среди работников здравоохранения и общественности, например, посредством привлечения средств массовой информации, маломасштабных мероприятий по наращиванию потенциала в области повышения качества, стимулирования обмена опытом и знаниями и сбора фактических данных, а также посредством мобилизации гражданского общества;
- обеспечение стартового финансирования для первоначальных инициатив по повышению качества, например, со стороны донорских или профессиональных организаций, которые послужат толчком для стимулирования внутренних инвестиций;
- поиск возможностей повлиять на планирование системы здравоохранения в целом, чтобы обеспечить фокус на вопросах качества, например, при разработке стратегических планов в области национального здравоохранения или формировании бюджета здравоохранения.

Важно также отметить, что в большинстве стран уже имеются соответствующие инициативы, от которых можно оттолкнуться и которые могут ускорить процесс создания более масштабной инициативы по разработке НПСК. В качестве примера можно привести существующие технические программы, такие как борьба с ВИЧ или охрана здоровья матери и ребенка, программы внешней оценки (например, аккредитация), а также инициативы по улучшению качества на субнациональном уровне или на уровне учреждений.

Определение концепции качества

На сегодняшний день не существует единого общепринятого определения качества, хотя есть общее понимание базовых концепций и основных аспектов (1). В мировом медицинском сообществе широко используется приведенное ниже определение, предложенное Институтом медицины США, в котором сформулирована главная цель здравоохранения, состоящая в том, чтобы оказывать положительное влияние на показатели здоровья как на уровне отдельных лиц, так и на уровне населения в целом, а также подчеркивается принципиальная важность доказательности и высокого профессионализма. Согласно этому определению:

«Качество – это характеристика медицинской помощи, которая показывает, насколько услуги, оказываемые отдельным лицам и населению, повышают вероятность достижения желаемых показателей здоровья и соответствуют текущим профессиональным знаниям» (2).

Помимо этого, Институт медицины выделил шесть общих аспектов или целей качества, определив, что медицинская помощь должна быть безопасной, эффективной, ориентированной на пациента, своевременной, затратоэффективной и справедливой. Этот набор аспектов или характеристик был принят и адаптирован в ряде других стран (2). В 2006 году Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) предложила аналогичное определение концепции качества, согласно которому медицинская помощь должна быть эффективной, затратоэффективной, доступной, приемлемого качества, ориентированной на пациента, справедливой и безопасной. Примечательно, что в этом определении такой аспект как «доступность» представлен в качестве более важной цели, чем «своевременность» (1). В последнее десятилетие Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) сгруппировала отдельные характеристики по трем основным аспектам качества – эффективности, безопасности и ориентированности на пациента. Эта более компактная концепция

также повлияла на подходы, используемые в ряде стран (3). В принятой недавно Рамочной основе ВОЗ по обеспечению интегрированных ориентированных на человека услуг здравоохранения качественная медицинская помощь определяется как «безопасная, эффективная, ориентированная на человека, своевременная, затратоэффективная, справедливая и комплексная». И, конечно же, доступность медицинских услуг лежит в основе всех инициатив в сфере повышения качества, особенно в эпоху стремления обеспечить всеобщий охват услугами здравоохранения, справедливый доступ к ним и финансовую защиту населения. При этом безопасность пациентов уже давно рассматривается как важнейшее направление инициатив по повышению качества медицинской помощи, а безопасность услуг может служить важным показателем успешности основных систем по повышению качества.

Во Вставке 2 приводится краткая информация об основных составляющих определения качественного медицинского обслуживания.

Вставка 2. Определение качественной медицинской помощи

Возможны разные определения качественной медицинской помощи. Однако в мире все более широким признанием пользуется определение, согласно которому качественные медицинские услуги должны иметь следующие характеристики:

- **Эффективность:** предоставление услуг здравоохранения, основанных на доказательной медицине, тем, кто нуждается в таких услугах.
- **Безопасность:** недопущение причинения вреда людям, которым оказывается медицинская помощь.
- **Ориентированность на человека:** предоставление медицинской помощи, которая отвечает предпочтениям, потребностям и ценностям людей.

Помимо этого, чтобы реализовать преимущества качественного обслуживания, медицинские услуги должны отвечать следующим критериям:

- **Своевременность:** сокращение времени ожидания, а иногда и опасных задержек как для тех, кто получает услуги, так и для тех, кто их оказывает.
- **Справедливость:** обеспечение медицинского обслуживания одинакового качества вне зависимости от возраста, пола, гендерной идентичности, расы, национальности, географического положения, религии, социально-экономического статуса, языковой или политической принадлежности.
- **Комплексность:** обеспечение медицинского обслуживания, скоординированного по уровням и поставщикам, а также полного спектра медицинских услуг на протяжении всей жизни.
- **Затратоэффективность:** извлечение максимальной пользы из имеющихся ресурсов и недопущение расточительности.

Несмотря на то, что в настоящее время наблюдается значительное сближение позиций относительно того, какие аспекты качества являются важными для сектора здравоохранения, у каждой страны, по всей видимости, будет собственное понимание или определение качества. Привлечение заинтересованных сторон и достижение консенсуса в процессе определения качества имеют решающее значение для выработки общей позиции и понимания национального подхода к вопросам качества. При определении качества крайне важно учитывать контекст; в дальнейшем это поможет правильно направить фокус и разработать политику и сопутствующую стратегию в области качества с учетом местных потребностей.

Культура качества

При планировании национальной программы по повышению качества медицинской помощи важно учитывать значение формирования «культуры качества» и ее внедрения в организациях и по всей системе здравоохранения для достижения устойчивых и значимых

изменений. Не существует единого понимания культуры качества, но считается, что она присутствует в «организации, которая создает открытую и вовлекающую рабочую среду, в которой делятся идеями и передовым опытом, в которой ценятся образование и научные исследования и в которой к порицанию прибегают лишь в исключительных случаях» (4). В широком смысле это означает, что на всех уровнях системы здравоохранения открыто и безоговорочно признается ценность усилий, направленных на улучшение качества медицинской помощи, и создаются благоприятные условия для поощрения таких усилий, которые способствуют вовлечению, диалогу, открытости и подотчетности. Некоторые характерные особенности системы здравоохранения с высокой культурой качества описаны во Вставке 3. Однако культура в организациях и системах здравоохранения формируется и поддерживается целым комплексом факторов, включая преобладающие культурные нормы, ожидания сообщества, руководство системой здравоохранения, структуры и сети здравоохранения и медико-правовую среду. Понятно, что изменения в таких культурах могут проходить медленно и сложно, и им могут противостоять те, кому такие изменения угрожают. Ключевая роль политического руководства и руководства системой здравоохранения заключается в определении и продвижении культуры качества, совершенствовании правовой среды и лидерстве на собственном примере с целью внедрения необходимых ценностей на всех уровнях системы. Чтобы лучше понять сложившуюся в системе культуру, выявить препятствия и сторонников изменений в культуре, можно привлечь заинтересованные стороны и провести ситуационный анализ, как подробнее описано в Частях I и II. Процесс разработки и внедрения НПСК может способствовать более масштабным изменениям в культуре всей системы здравоохранения, благодаря четкому описанию культуры, которую следует сформировать, и действий, которые помогут внедрить такую культуру в медицинских учреждениях.

Вставка 3. Культура качества: основные характеристики

- Руководство обеспечением качества на всех уровнях
- Открытость и прозрачность
- Упор на командную работу
- Подотчетность на всех уровнях
- Встроенный в систему процесс обучения
- Действующие механизмы обратной связи для улучшения работы
- Конструктивное вовлечение персонала, пользователей услуг и представителей местного сообщества
- Расширение прав и возможностей отдельных лиц в условиях сложных взаимосвязанных систем
- Согласование профессиональных и организационных ценностей
- Формирование профессиональной гордости у работников системы здравоохранения
- Признание ценности сострадательной помощи
- Согласование усилий по обеспечению качества с организацией и планированием обслуживания

При обсуждении культуры, формирование которой будет предусматриваться НПСК, возможно, будет полезно рассмотреть возможность баланса между культурой отказа от поиска виновных и культурой беспристрастности (5, 6). Культура отказа от поиска виновных признает, что в системе здравоохранения неизбежны ошибки, часто из-за многочисленных факторов и сбоях системы, и что ответные меры, которые направлены лишь на то, чтобы найти виновных и наказать их, не будут способствовать устранению недостатков системы. Чтобы постоянно выявлять и устранять системные ошибки, культура беспристрастности стремится создать безопасную среду для улучшения качества, поощряя выявление и исправление системных сбоев при сохранении личной ответственности (7). Личная ответственность может

рассматриваться как способ борьбы с небрежной и некачественной работой, но она также может побуждать клиницистов проявлять излишнюю осторожность или скрывать ошибки. Эти концепции, конечно, не являются взаимоисключающими; напротив, лица, разрабатывающие политику, должны знать о влиянии различий в культуре на качество медицинской помощи в рамках системы здравоохранения.

Также важно понимать, как культура коллективов, ответственных за внедрение политики и стратегии в системе здравоохранения, может влиять на успешность процесса. Проведение в системе здравоохранения инклюзивных и справедливых реформ, которые способствуют формированию культуры улучшений, требует, чтобы группы клинического и управленческого персонала, ответственные за проведение реформ, отразили эти принципы в своих подходах и ценностях.

Задачей системы здравоохранения является обслуживание населения, поэтому крайне важно, чтобы в центре усилий по внедрению культуры качества в медицинских учреждениях был человек. Такая культура должна способствовать эффективному участию сообществ, обслуживаемых системой, и система должна соответствовать целям их вовлечения в ее процессы. Например, участие пациентов, их родственников и представителей сообществ в процессах планирования, управления, предоставления и оценки медицинских услуг помогает устанавливать приоритеты с учетом их пожеланий, и выводит ответственность за качество медицинских услуг на новый уровень. Таким образом, инвестиции в структуры и компетенции, необходимые для вовлечения пациентов, могут стать мощным средством формирования культуры качества и ее внедрения в рамках системы здравоохранения.

Качество в системе здравоохранения

Несмотря на то, что качество обслуживания проявляется преимущественно на уровне взаимодействия между поставщиком и получателем услуг, формируется оно в рамках гораздо более широкой и сложной системы здравоохранения, и этот контекст должен учитываться теми, кто планирует работу по улучшению качества медицинской помощи в масштабах страны. Страны часто используют структурные элементы системы здравоохранения, предлагаемые ВОЗ (8), чтобы проанализировать воздействие национальных программ повышения качества на различные части системы здравоохранения в их реальном контексте. Это помогает обеспечить, чтобы при разработке политики и стратегии были учтены важные базовые структуры и процессы, а также их влияние на предоставление качественного медицинского обслуживания.

Например, во многих странах *предоставление услуг* все еще основано на традиционных иерархических отношениях между поставщиком услуг и пациентом. Переориентация на нужды, предпочтения и вовлеченность людей, обслуживаемых поставщиками услуг здравоохранения, может стать важным шагом к повышению качества работы на уровне учреждений здравоохранения. Высокая текучесть *медицинских кадров* может быть одной из проблем, затрудняющих функционирование и развитие институциональных структур и знаний в области качества, и сама может быть результатом условий труда, которые не способствуют качественной медицинской помощи. Для соблюдения стандартов качества доказательной медицины требуется надежный *доступ к основным лекарственным препаратам и товарам медицинского назначения*; поэтому работа по повышению качества услуг должна включать проверки цепочек поставок и качества лекарственных препаратов. Разработка *реформ финансирования системы здравоохранения* с учетом концепции качества обеспечит, чтобы при расширении доступа к медицинским услугам были приняты во внимание и другие аспекты качества, такие как справедливость и эффективность. *Руководство и управление* имеют решающее значение для успеха НПСК. Чтобы эти усилия не превратились в отдельную вертикальную инициативу, необходима сильная поддержка программы со стороны текущего руководства системы здравоохранения на всех уровнях. Этому может способствовать наращивание потенциала в области повышения качества среди руководящего персонала. Первостепенное значение

имеет согласование политики и стратегии в области качества с более широкими задачами управления системой здравоохранения, как было указано ранее.

Вставка 4. Водоснабжение, санитария и гигиена: критически важный фактор обеспечения качества услуг здравоохранения

Рассматривая вопросы качества в контексте системы здравоохранения, важно уделить внимание многочисленным проблемам, решение которых имеет значение для всей системы. Например, водоснабжение, санитария и гигиена (ВСГ) в медицинских учреждениях являются одной из важнейших характеристик сильных, устойчивых систем здравоохранения. Это особенно справедливо для стран с низким и средним уровнем дохода, где ВСГ часто неудовлетворительного качества или даже отсутствуют. Будучи одним из основных компонентов безопасных и качественных услуг, ВСГ не только способствуют улучшению показателей здоровья и положительно влияют на опыт получения медицинской помощи, но также улучшают морально-психологический климат в коллективе и эффективность услуг. Исправление ситуации с ВСГ может немедленно устранить проблему несправедливости, поскольку ВСГ часто отсутствуют в медицинских учреждениях, обслуживающих наиболее уязвимые группы населения. Например, в Либерии после вспышки Эболы обеспечение ВСГ в медицинских учреждениях является ключевым компонентом национальной программы по укреплению и повышению качества систем здравоохранения, которая включает наставничество, вспомогательный надзор и мониторинг наряду с совершенствованием инфраструктуры. Эти меры тесно взаимосвязаны с основными компонентами программы профилактики и контроля инфекционных заболеваний, которая также осуществляется в Либерии. Для безопасности пациентов и медицинских работников одинаково важно обеспечить, с одной стороны, ВСГ и, с другой стороны, профилактику инфекционных заболеваний: там, где они обеспечены в недостаточной мере, доверие людей к медицинским услугам падает. Учитывая принципиальное значение этих ключевых факторов для обеспечения безопасной, качественной медицинской помощи, важным шагом является оценка и решение сопутствующих проблем в контексте национальных программ повышения качества.

НПСК в контексте всеобщего охвата услугами здравоохранения и ЦУР

Цели в области устойчивого развития (ЦУР) (9) и фокус на всеобщем охвате медицинскими услугами (10, 11) создают критически важные направления работы по внедрению НПСК в странах с низким и средним уровнем доходов. ЦУР 3, которая предполагает «обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте», будет направлять соответствующую работу на местном и глобальном уровнях (9). В рамках этой цели целевой показатель 3.8 подчеркивает важность обеспечения качественных основных услуг здравоохранения. Выполнение этой цели, конечно, является сложной задачей, требующей тщательного анализа и многочисленных ресурсов. При этом одним из важных факторов успеха являются структура управления качеством и четко сформулированные политика и стратегия.

Прогрессу в достижении всеобщего охвата услугами здравоохранения может способствовать переход к деятельности, направленной на обеспечение интегрированных ориентированных на человека медицинских услуг, способных эффективно реагировать на новые разнообразные вызовы в сфере здравоохранения XXI века. Рамочная основа ВОЗ, посвященная этому вопросу, была одобрена всеми государствами-членами на Всемирной ассамблее здравоохранения в 2016 году (12, 13). В одном из пяти стратегических направлений подчеркивается необходимость в укреплении системы управления и подотчетности (12, 13). В рамках этого стратегического направления особый упор делается на разработку политики и стратегии, которые способствуют повышению качества услуг непосредственно в месте их

оказания. Для этого требуется тщательно исследовать вопрос, как руководящие механизмы и структура национальной системы здравоохранения могут обеспечить поддержку субнациональных и местных служб, с которыми непосредственно взаимодействует население, чтобы удовлетворить его потребности в медицинской помощи.

В контексте достижения ЦУР и глобальной задачи по обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения многие страны рассматривают не только финансовые структуры и системы оплаты услуг поставщиков, но и структуры обеспечения качества как способ улучшения показателей здравоохранения, одновременно стремясь минимизировать дублирование и ненужную работу, способствуя таким образом более рациональному использованию эффективных услуг для осуществления первоочередных задач в секторе здравоохранения (14). Действительно, всем странам, но в первую очередь тем, которые испытывают недостаток ресурсов, необходимо безотлагательно разработать процессы и структуры для обеспечения качества, которые позволят использовать имеющиеся ресурсы наиболее рациональным образом, и постоянно искать способы оценки и улучшения методов работы и предоставляемых услуг.

ЦЕЛЕВОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ 3.8.
«Обеспечить всеобщий охват услугами здравоохранения, в том числе защиту от финансовых рисков, и всеобщий доступ к качественным основным медицинским услугам и безопасным, эффективным, качественным и недорогим основным лекарственным средствам и вакцинам» (9).



Всеобщий охват услугами здравоохранения: «обеспечение доступа для всех людей и сообществ к необходимым им услугам по укреплению здоровья, а также профилактическим, лечебным, реабилитационным и паллиативным медицинским услугам, достаточно качественным, чтобы достигать нужного эффекта; при этом использование таких услуг не создает для них финансовых трудностей» (10).

Руководство по национальной политике и стратегии в области качества

Задача настоящего документа – обеспечить поддержку в процессе разработки НПСК и, в частности, помочь странам в разработке, реализации, совершенствовании и поддержке собственного стратегического подхода к обеспечению качественных медицинских услуг. Руководство не дает исчерпывающих указаний относительно всех действий, необходимых для реализации национальной инициативы в области качества, но предлагает основные шаги по разработке НПСК. Доступны дополнительные материалы по качеству медицинской помощи, разработанные ВОЗ и другими организациями.

Для кого предназначен этот ресурс?

Руководство составлено в помощь правительствам и лицам, определяющим политику (на национальном и местном уровнях), которые решают, есть ли потребность в разработке и, если есть, то как разрабатывать НПСК, или в настоящее время находятся в процессе разработки НПСК. Документ может также быть полезен техническим консультантам, донорским организациям и другим заинтересованным сторонам, оказывающим поддержку правительствам в областях, связанных с НПС.

Руководство по разработке НПСК: цветовое обозначение разделов

Часть I. Разработка политики

Часть II. Разработка стратегии

Часть III. Инструменты и ресурсы

Несмотря на то, что значительная часть руководства по разработке НПСК адресована странам с низким и средним уровнем дохода, в которых процесс повышения качества медицинской помощи может быть связан с особыми трудностями, описанные процессы актуальны для любого национального или субнационального органа управления, который занимается подготовкой или пересмотром программы по повышению качества медицинской помощи в своей стране.

Как пользоваться руководством?

Данное руководство и прилагаемый к нему справочник инструментов содержат рекомендации как в отношении процесса разработки, так и в отношении содержания национальной политики и стратегии в области качества. Они облегчат разработку или совершенствование политики и стратегии ответственным лицам и специалистам-практикам, которые лучше других понимают сложности, характерные для их страны. Пользователям следует рассматривать этот документ в качестве ресурса, который поможет сформировать и структурировать политику и стратегии в области качества с учетом конкретных потребностей страны, отталкиваясь от рекомендаций, собранных из имеющихся источников, опыта на местах и консультаций экспертов. Руководство не носит директивного характера, а скорее предлагает структурированный подход, который обеспечит максимально комплексный процесс разработки и реализации. Чтобы пользователям было легче найти нужную информацию, руководство разделено на три части, имеющие разное цветовое обозначение:

- Часть I посвящена вопросам разработки политики в области качества.
- Части II основное внимание уделяется связанным процессам разработки стратегии.
- В Части III описывается, как в процессе разработки НПСК получить доступ к вспомогательным инструментам.

Процессы, описанные в Частях I и II руководства, в значительной степени пересекаются. Следует учитывать, что не все пользователи руководства будут разрабатывать и политику, и стратегию. Рекомендуется читать разделы вместе, что позволит пользователю разработать процесс, соответствующий его потребностям.

К руководству прилагается дополнительный документ – *«Справочник инструментов для разработки национальной политики и стратегии в области качества»*. Он включает ряд инструментов, созданных в поддержку процесса разработки НПСК.

Как разрабатывался этот документ?

Данное руководство составлено на основе материалов, предназначенных в поддержку странам, осуществляющим разработку и реализацию НПСК, а также на основе обзора более чем 20 стратегий качества, реализуемых в странах с низким, средним и высоким уровнем дохода. По мере того, как это направление будет развиваться и расти, потребуется доработка документа с включением новых данных, полученных в ходе обмена знаниями, опытом и передовой практикой между странами. Работа будет продолжаться в партнерстве с отдельными странами, регионами ВОЗ и экспертами.

Инициатива по разработке НПСК

Данное руководство и справочник инструментов – часть более масштабной инициативы ВОЗ, поддерживающей разработку национальной политики и стратегий в области качества медицинской помощи. Учитывая, что страны находятся на разных этапах процесса разработки и осуществления национальных инициатив по повышению качества медицинской помощи, инициатива по разработке НПСК фокусируется на трех основных направлениях деятельности, изложенных в следующих пунктах.

1. Совместная разработка технических ресурсов

Это направление включает подготовку руководства, справочника и сопутствующих инструментов и ресурсов, предназначенных для поддержки разработки национальной политики и стратегии в области качества медицинской помощи. Главное внимание уделяется реальной совместной разработке, позволяющей использовать вклад государственных органов, имеющих значительный опыт и знания в вопросах планирования, разработки и реализации национальной политики и стратегии в области качества. Предполагается, что в дальнейшем будет постоянно проводиться оценка потребности в дополнительных ресурсах и что существующие инструменты и ресурсы будут постоянно совершенствоваться на основе опыта и потребностей государственных органов использующих их стран.

2. Усиление национальных программ через техническое сотрудничество

В дополнение к информации, изложенной в письменных документах, ВОЗ координирует целенаправленную техническую поддержку, оказываемую странам на разных этапах процесса разработки политики и стратегии. Эта поддержка направлена на наращивание внутреннего потенциала страны для эффективной разработки, осуществления и мониторинга национальной политики и стратегии в области качества, а также способствует тому, чтобы при дальнейшей разработке материалов учитывался опыт стран.

3. Программа обучения

Национальные инициативы в области качества осуществляются при поддержке ряда академических и технических организаций со всего мира. Инициатива по разработке политики и стратегий в области качества направлена на работу с этими программами для обеспечения их максимальной эффективности и содействия обмену опытом и знаниями. НПСК является ключевым направлением соответствующей инициативы ВОЗ и Глобальной лаборатории материалов ВОЗ по вопросам всеобщего охвата качественными услугами здравоохранения (Global Learning Laboratory, GLL) в области всеобщего охвата качественными услугами здравоохранения. GLL объединяет опыт, компетенцию, энтузиазм и научные знания специалистов со всего мира в важнейших направлениях, связанных с качеством в контексте всеобщего охвата медицинским обслуживанием. Основное внимание уделяется созданию программы ускоренного глобального обучения на основе местного опыта, учитывая важность объединения усилий людей в целях содействия динамичному, разнонаправленному обмену знаниями и передовым опытом. Было создано сообщество, занимающееся вопросами НПСК в рамках GLL, которое призвано объединить опыт, содействовать обмену знаниями между странами и предоставить инструменты и ресурсы в поддержку разработки политики и стратегии в области качества. Подробнее о GLL можно узнать по ссылке: <http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/qhc/gll/en/>.

ЧАСТЬ I
РАЗРАБОТКА ПОЛИТИКИ

Обзор раздела: Часть I. Разработка политики

Разработка национальной политики в области качества:

- Национальные цели и приоритеты здравоохранения
- Определение качества на местном уровне
- Определение и вовлечение заинтересованных сторон
- Ситуационный анализ: состояние качества
- Управленческая и организационная структура обеспечения качества
- Методы и мероприятия, направленные на внедрение улучшений
- Системы управленческой информации и данных в области здравоохранения
- Индикаторы качества и основные показатели

В этом разделе рассматриваются важные аспекты процесса разработки национальной политики в области качества, а также шаги, которые следует принять во внимание в процессе ее разработки. Факторы, влияющие на процесс разработки политики и ее содержание, будут сильно различаться в разных странах; поэтому в данном разделе рассматриваются аспекты, которые являются общими для всех стран. Следующие разделы посвящены вопросу реализации данной политики с помощью проработанных более детально стратегии и оперативного плана.

Национальные или субнациональные органы в каждой стране сами решают, как разрабатывать, оформлять и согласовывать национальную политику в области качества, учитывая соответствующие государственные структуры, уникальные условия и нужды населения страны.

В некоторых странах потребуется принять соответствующее законодательство, например, для создания новых государственных или полугосударственных органов, внедрения новых обязательных требований (например, регистрация и лицензирование медицинских работников) или новых форм регулирования (лицензирование или аккредитация поставщиков услуг). В связи с этим может потребоваться отдельный документ с четко сформулированной национальной политикой в области качества.

В других ситуациях национальная политика или стратегия в области качества может быть частью очередного пятилетнего плана развития сектора здравоохранения или внутреннего директивного документа министерства здравоохранения. В этом случае важно с самого начала наладить сотрудничество с министерством и лицами, ответственными за планирование национальной системы здравоохранения, с тем чтобы разрабатываемый процесс включал в себя необходимые аспекты политики в области качества.

Существует множество разных подходов, но наиболее часто используют один или несколько из перечисленных ниже:

- политика и стратегия в области качества являются частью официальной политики и планов долгосрочного развития сектора здравоохранения;
- политика в области качества разрабатывается как самостоятельный национальный документ, как правило, с участием многих заинтересованных сторон, под руководством или при поддержке со стороны министерства здравоохранения;
- разрабатывается национальная стратегия в области качества с подробной программой действий, включая раздел по важнейшим вопросам политики;
- национальная декларация качества, основанная на существующей политике в области качества и документах национальной системы здравоохранения;
- положение о деятельности или задачи ответственного департамента министерства здравоохранения или национального органа по вопросам качества с изложением согласованного стратегического направления деятельности;

- соответствующее законодательство или нормативный документ, принятый в поддержку национальной программы по улучшению качества медицинской помощи.

Чтобы национальная политика в области качества учитывала местные потребности, ставила достижимые цели и включала надлежащие механизмы управления, каждый из вышеперечисленных вариантов политики требует схожих процессов разработки.

Чтобы процесс разработки политики был эффективным, важно определить и понять формирующие его организационные структуры. Как отмечалось ранее, конечная ответственность за разработку политики обычно возлагается на министерство здравоохранения, но при этом нужно учитывать, какой руководящий орган занимается данными вопросами в каждой конкретной стране. Министерство здравоохранения может назначить или создать рабочую группу или комитет для разработки политики с участием заинтересованных сторон в формировании и рецензировании ее содержания. Вероятно, потребуются соответствующие консультации по широкому кругу вопросов для получения помощи в технических аспектах разработки политики. Важно привлечь специалистов для консультирования и контроля процесса, которые обеспечат не только критический анализ и тщательную проверку данных в процессе разработки, но и помогут спрогнозировать и устранить недостатки. Это важный аспект процесса разработки политики, и мы рекомендуем предусмотреть несколько этапов проверки и рецензирования, прежде чем остановиться на окончательной версии.

Эти документы будут касаться нескольких областей и дисциплин, связанных со здравоохранением, в каждой из которых могут существовать своя политика, законодательные акты или технические документы (например, стандарты), регулирующие определенные аспекты политики качества. Тщательное изучение и объединение существующих политик, стандартов и законов, если имеется такая возможность, поможет в процессе разработки и может даже усилить другие программы в рамках этого процесса. Существующие политики в соответствующих областях могут быть самыми разнообразными, включая, например, стандарты в рамках конкретных технических программ (здоровье матери и ребенка, ВИЧ, туберкулез и т.д.), нормативы для медицинских учреждений или требования к профессиональному лицензированию. Дальнейшее обсуждение вопроса интеграции технических программ приводится в конце Части II настоящего документа. Совместная разработка национальной политики позволяет органам здравоохранения находить и максимизировать синергетический потенциал в системах с ограниченными возможностями. Кроме того, процесс разработки политики может быть усилен за счет привлечения тех, кто непосредственно участвует в оказании медицинских услуг, к решению широкого спектра технических вопросов, в том числе с упором на определенные виды заболеваний или группы населения.

После нескольких циклов внутренней и внешней экспертной оценки должна быть проведена официальная процедура ратификации или утверждения, принятая в соответствующей стране, чтобы политика приобрела официальный статус. Могут быть предприняты активные меры, чтобы обеспечить политическую поддержку, необходимую для ратификации окончательной версии политики. Политика должна предусматривать механизмы, а указанные в ней ответственные структуры должны быть наделены полномочиями, которые обеспечат достижение поставленных целей и руководство процессом разработки стратегии. В Части II обсуждаются функциональные задачи, которые должны быть рассмотрены при разработке стратегии с целью реализации политики.

РАЗРАБОТКА НАЦИОНАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ В ОБЛАСТИ КАЧЕСТВА

В процессе разработки национальной политики в области качества важную роль играют следующие восемь составляющих, которые будут отражены в окончательном варианте политики. При подготовке данного материала учитывался вклад специалистов, опыт работы на местах и анализ исходных данных в рамках обоснования проекта НПСК. Также проводились интервью и анализировались национальные политики и стратегии с целью определе-

ния общих предметных областей и тем. Анализ этих восьми составляющих в рамках национальной политики в области качества также служит основой для разработки национальной стратегии в области качества. Процесс разработки стратегии подробно описан в Части II.

1. Национальные цели и приоритеты здравоохранения

Большинство стран имеют национальные цели и приоритеты в области здравоохранения (см. Вставку 5), которые помогают распределять ресурсы таким образом, чтобы удовлетворять наиболее насущные потребности населения. Если такие цели или приоритеты существуют, они должны быть соответствующим образом учтены в национальной политике в области качества. Следует понимать, что постановка целей и приоритетов политики в области качества, например, традиционное внимание вопросам охраны здоровья матери и ребенка, не означает, что другие направления работы, не указанные в явной форме, не важны; это означает, что выбраны наиболее актуальные для страны проблемы. Необходим четкий непрерывный процесс отслеживания и включения в политику дополнительных приоритетов и целей, отражающих меняющиеся потребности населения.

Вставка 5. Цели и приоритеты

Между целями и приоритетами существуют различия, хотя иногда данные понятия взаимозаменяемы.

Цели – это, как правило, более общие устремления или задачи, которые определяют курс будущей деятельности. Они должны быть четко сформулированы, соответствовать конкретной потребности, иметь временные рамки и способы оценки прогресса и достижения. Международные цели, такие как ЦУР и предшествующие им Цели развития тысячелетия (ЦРТ), страны могут ратифицировать при условии их адаптации к местным условиям и целям конкретной страны. Количество целей не ограничивается; тем не менее, большинство стран обычно включают в документ максимум пять целей, которые должны быть реализованы за определенный период времени.

Приоритеты помогают уделять более целенаправленное внимание ряду критически важных направлений. Такие направления обычно определяют с помощью данных национального здравоохранения (например, по бремени болезней), в результате экстремальных событий или на основании национальных исследований; они могут иметь характер долгосрочных или новых приоритетов (например, основанных на ожидаемой или меняющейся численности населения, угрозах для здоровья населения или политических и экономических условиях). Национальные приоритеты в области здравоохранения могут иметь широкое определение и включать приоритетные клинические заболевания (например, туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью, сердечно-сосудистые заболевания), группы населения (например, женщины и дети, обитатели трущоб или мигранты) или целевые географические регионы (например, сельские районы или приграничные территории).

Обычно цели и приоритеты определяются министерством здравоохранения с учетом мнений различных технических специалистов и заинтересованных сторон, представляющих все уровни здравоохранения.

Размышляя о том, какими должны быть цели и приоритеты в области здравоохранения, важно учитывать потребности людей и возможности системы здравоохранения. Это требует поиска тонкого баланса между потребностями и ресурсами, что становится предметом дебатов при попытках одновременно повысить качество и доступность медицинской помощи. Если цели и приоритеты охватывают слишком много задач, не будучи подкрепленными ресурсами, политика обречена на провал. И наоборот, если цели и приоритеты недостаточно

обширны, чтобы удовлетворить потребности людей, польза от такой политики может быть неочевидна, что может привести к разочарованию или даже недоверию заинтересованных сторон. Поэтому важен сбалансированный подход к определению приоритетов и целей, которые, с одной стороны, должны отвечать конкретным потребностям населения и, с другой стороны, отражать реальные возможности системы здравоохранения. Вместе с тем при разработке политики крайне важно сосредоточиться на долгосрочной перспективе: в настоящее время нужные возможности могут отсутствовать, но разрыв может быть уменьшен за счет эффективных политических решений и структурированных усилий, направленных на поиск дополнительных приоритетных ресурсов и технической поддержки. Прилагаемый справочник включает инструмент, который может быть полезен при постановке целей и приоритетов в процессе разработки политики.

Вставка 6. Безопасность и качество здравоохранения: тесно связанные приоритеты

Крупные кризисы в здравоохранении, такие как вспышки опасных инфекционных заболеваний, например, Эболы, – одна из насущных проблем, приобретающих все большее значение во многих странах с низким и средним уровнем дохода. В чрезвычайной ситуации доступность услуг может оказаться более приоритетной, чем их качество; однако если такие услуги не пользуются доверием и спросом среди населения, недостаточно оснащены, чтобы обеспечить безопасность и эффективность ведения заболеваний, не обеспечивают надлежащую защиту медицинским работникам и рутинную медицинскую помощь в период резкого скачка спроса, то ресурсы будут использоваться неэффективно, а успешная ликвидация чрезвычайной ситуации будет поставлена под угрозу. Согласование усилий в области качества с существующими приоритетами, такими как безопасность в области здравоохранения, помогает обеспечить политический капитал и финансовые ресурсы и способствует достижению целей в обоих направлениях.

Резюме: национальные цели и приоритеты здравоохранения

| Действия рабочей группы по разработке политики | Содержание политики |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Определить текущие национальные цели и приоритеты сектора здравоохранения • Разработать и согласовать цели и приоритеты политики в области качества, включая обзор имеющихся данных, если применимо | <ul style="list-style-type: none"> • Обзор целей и приоритетов • Прямая ссылка на существующую национальную политику и стратегические планы в области здравоохранения |

2. Определение качества на местном уровне

В мировой литературе можно найти множество определений качества. При разработке национальной политики в области качества крайне важно сформулировать определение качества, которое будет положено в основу национального подхода и обеспечит общее понимание и формулировки, отвечающие местному контексту. Кроме того, формирование местного определения качества уже само по себе полезно для разработки политики, поскольку способствует развитию диалога о значении качества и стратегиях его достижения, выявляет важные для заинтересованных сторон аспекты, определяет цели мероприятий в соответствии с местными приоритетами и мотивирует лиц, определяющих политику, узнать больше о значении и влиянии качества.

Как было отмечено ранее, существует ряд широко используемых определений качества. Однако они допускают интерпретации на уровне страны, на субнациональном уровне и на

уровне отдельных учреждений. В Таблице 1 предлагается структурированный подход, позволяющий адаптировать определение под местный контекст в соответствии с национальными целями и приоритетами.

| Таблица 1. Определение аспектов качества | |
|---|--|
| Вопросы, которые помогут структурировать аспекты качества с учетом местных потребностей и в контексте национальных целей и приоритетов | |
| Эффективность | Отвечает ли медицинская помощь потребностям населения в здравоохранении, и соответствует ли уровень оказываемых услуг современным знаниям и доказательной базе для достижения наилучших показателей здравоохранения? |
| Безопасность | Обеспечиваются ли при оказании медицинских услуг максимальная безопасность и уменьшение предотвратимого вреда? |
| Ориентированность на человека | Оценивают ли пациенты и их родственники опыт получения медицинской помощи как положительный? Доверяют ли местные жители качеству оказываемой им медицинской помощи? Считают ли пациенты, их родственники и сообщества, что они имеют возможность влиять как партнеры на организацию и совершенствование системы медицинского обслуживания? |
| Своевременность | Считает ли население время ожидания медицинских услуг приемлемым, и является ли оно достаточно коротким, чтобы не допустить опасной задержки в лечении? |
| Справедливость | Имеются ли препятствия или неравенство в получении медицинской помощи в зависимости от таких факторов, как возраст, пол, гендерная идентичность, раса, национальность, географическое положение, религия, социально-экономический статус, лингвистическая или политическая принадлежность? |
| Комплексность | Существуют ли пробелы в помощи пациентам между периодами получения помощи непосредственно в клинических учреждениях? Отлажена ли коммуникация между учреждениями здравоохранения для обеспечения непрерывности медицинской помощи при переходе пациента из одного учреждения в другое? |
| Затратоэффективность | Осуществляется ли распределение и использование ресурсов наиболее оптимальным способом? |

Лица, ответственные за разработку политики, могут использовать Таблицу 1 в качестве контрольного списка, который поможет проанализировать аспекты качества, прежде чем включать их в политику. Странам предлагается рассмотреть, как каждый из этих аспектов может быть отражен в политике и стратегии, но они могут выбрать какие-то отдельные аспекты или рассмотреть собственные приоритеты, согласованные на местном уровне. Рекомендуется не использовать глобальные определения качества по умолчанию, а, взяв их за основу, сформулировать определение качества, учитывающее местную специфику и мнения местных экспертов. По возможности следует проводить дополнительные консультации и согласовать предлагаемое определение с представителями разных направлений деятельности (например, поставщиками услуг, учеными, экспертами по качеству, руководителями служб здравоохранения, представителями местного сообщества и регулирующих органов). Такое определение станет важной отправной точкой. При этом в ходе работы по повышению качества принятое определение может быть скорректировано в зависимости от прогресса и потребностей страны.

| Резюме: определение качества на местном уровне | |
|---|---|
| Действия рабочей группы по разработке политики | Содержание политики |
| <ul style="list-style-type: none"> • Найти разработанные или опубликованные ранее местные определения качества и изучить вводный раздел настоящего руководства • Разработать местное определение, которое будет использоваться при разработке и реализации политики и стратегии • Учесть результаты консультаций с заинтересованными сторонами, чтобы доработать определение или совместно разработать новое определение | <ul style="list-style-type: none"> • Формулировка местного определения • Ссылка на источник местного определения или краткое описание процесса его разработки |

3. Определение и вовлечение заинтересованных сторон

Качество медицинской помощи определяется тем, как функционирует система здравоохранения в целом. Разработка политики с вовлечением ключевых заинтересованных сторон позволяет комплексно учесть факторы, влияющие на качество медицинских услуг. При разработке политики следует принимать во внимание мнения широкого круга заинтересованных сторон.

Учитывая, что здравоохранение в большинстве стран воспринимается как общественное благо и право людей, считается, что правительства обязаны обеспечить необходимое финансирование, ресурсы и базовый пакет медицинских услуг. Правительство во многом отвечает за создание политики, но при этом должны учитываться мнения и вклад тех, кто участвует в управлении услугами здравоохранения и их предоставлении.

Тщательное определение и анализ заинтересованных сторон позволит привлечь нужных специалистов и обеспечить их эффективное участие. Кроме того, будет учитываться влияние заинтересованных сторон и взаимоотношения между ними.

Чтобы охватить все слои населения и стимулировать необходимые изменения в «культуре качества» на всех уровнях системы здравоохранения, требуется обеспечить взаимодействие как с государственным, так и с частным секторами. Столь же важным является вклад сообществ и получателей услуг, особенно уязвимых и маргинализированных групп населения и пациентов. От министерства здравоохранения также потребуется взаимодействие с другими министерствами, национальными органами, местными органами власти и партнерами по развитию.

Прямая выгода от привлечения широкого круга заинтересованных сторон заключается в том, что это помогает адаптировать политику под нужды различных пользователей и бенефициаров и заручиться их поддержкой. Также следует рассмотреть вопрос о том, как обеспечить взаимодействие и координацию с мировым медицинским сообществом, особенно в плане обмена знаниями и опытом и оказания конкретной технической помощи. Во Вставке 7 перечислены некоторые потенциальные заинтересованные стороны, которые могут быть привлечены к консультациям и совместной разработке политики. Каждой стране потребуется тщательно проанализировать и выбрать заинтересованные стороны для разработки соответствующей политики. Список не является исчерпывающим, а лишь предлагает общие подходы. Заголовки и категории в списке могут отличаться для разных стран.

Вставка 7. Иллюстративный список потенциальных заинтересованных сторон (прим.: список не является исчерпывающим)**Государственные организации здравоохранения**

- Министерство здравоохранения
- Совет медицинских работников
- Областные управления здравоохранения
- Районные управления и больницы
- Специалисты по национальным данным/информатике

Организации здравоохранения

- Государственные службы здравоохранения
- Религиозные организации, оказывающие медицинские услуги
- Частные службы здравоохранения
- Традиционные и вспомогательные службы здравоохранения

Профессиональные организации

- Профессиональные советы медицинских работников
- Специализированные общества
- Медицинские средние и высшие учебные заведения

Отраслевые министерства

- Финансы
- Социальные вопросы
- Образование

Партнеры

- Страховые компании
- Финансовая поддержка
- Коммуникации/СМИ

Гражданское общество

- Активисты
- Странники ЗОЖ
- Программы и услуги в сфере оказания медицинской помощи

Сообщества

- Активисты/информационно-разъяснительная работа
- Общества пациентов

Источник: Адаптировано на основе инструмента определения заинтересованных сторон, который использовался при разработке стратегии качества в Гане.

После того, как будет собрана команда из разных специалистов, необходимо четко определить функции ведущих разработчиков и основных членов команды, а также тех, кто будет оказывать поддержку при разработке политики. Команда должна будет сообща определить важные проблемы и действия, направленные на повышение качества медицинских услуг. Эти функции и обязанности описаны ниже во Вставке 8. Еще раз отметим особую важность подходов, предполагающих вовлечение сообщества и обеспечивающих охват многих функций и обязанностей конкретных заинтересованных сторон.

Резюме: определение и вовлечение заинтересованных сторон**Действия рабочей группы по разработке политики**

- Определить соответствующие заинтересованные стороны
- Описать функции заинтересованных сторон и спланировать их участие в процессе разработки политики

Содержание политики

- Краткое описание процесса вовлечения заинтересованных сторон
- Признание вклада заинтересованных сторон

4. Ситуационный анализ: состояние качества

Каждая страна проводит ситуационный анализ самостоятельно, иногда при участии внешних экспертов. Более подробно ситуационный анализ описывается в Части II. Его роль в формировании политики заключается в определении текущего «состояния качества» в стране, в т.ч. соответствующих приоритетов, трудностей и проблем, связанных программ и политик, организационных возможностей и потенциала, руководства и управления, а также соответствующих ресурсов. Этот процесс позволяет выявить разрыв между потребностями населения и возможностями обеспечить надежное предоставление качественных медицинских услуг. В рамках ситуационного анализа особенно важно описать связь с национальной программой по обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения.

Полезно привести исторические данные о том, как в стране решали вопросы качества, а также описать текущее состояние качества, включая сильные и слабые стороны. Глубина исторической ретроспективы может быть любой. Например, в одном из подобных документов рассмотрен период начиная с 1980-х годов, чтобы дать представление о том, какой была система здравоохранения первоначально и как она развивалась на протяжении многих лет.

При рассмотрении исторических данных полезно не только узнать, проводились ли ранее национальные программы по повышению качества, но и выяснить, почему они были успешными или неуспешными и можно ли извлечь какие-либо уроки из других инициатив, реализованных в секторе здравоохранения. Если в ходе ситуационного анализа выявляются текущие инициативы и структуры, связанные с качеством, их можно усовершенствовать или использовать в контексте новой политики.

Во время проведения ситуационного анализа информация собирается из разных источников (интервью, фокус-группы, изучение соответствующих документов, анализ вторичных данных), что позволяет описать текущую ситуацию и четко определить, что есть на самом деле и чего можно достичь. Этот этап будет ключевым для обоснования политики, которая позволит решить реальные проблемы на уровне учреждений, непосредственно работающих с населением, и определить, какие действия могут оказаться наиболее результативными. В ходе разработки политики и стратегии важно понять, какие существуют знания, нормы поведения, убеждения и отношение к качеству. Ситуационный анализ также позволяет тщательно проанализировать ключевые направления работы в области качества; например, некоторые страны начали работу с повышения безопасности пациентов, в то время как другие могут акцентировать внимание на эффективности и ориентированности услуг на человека. Текущие технические программы (например, инициативы по борьбе с конкретными заболеваниями или инициативы, ориентированные на конкретные группы населения, например, матери и новорожденные) также могут иметь богатый опыт и ресурсы, на основе которых могут быть запущены более масштабные национальные программы и спланированы меры по повышению качества медицинской помощи в масштабах всей системы.

Ситуационный анализ также помогает собрать важную информацию о том, как лучше осуществлять процесс разработки политики: например, выяснить, почему предыдущие политики в области здравоохранения оказались успешными или неуспешными и какие текущие факторы могут повлиять на успех. Инструменты, используемые при проведении ситуационного анализа, описаны в прилагаемом справочнике.

Резюме: ситуационный анализ

| Действия рабочей группы по разработке политики | Содержание политики |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Составить план ситуационного анализа • Собрать из нескольких источников данные о состоянии качества, контекстуальных факторах и исторические данные, касающиеся вопроса качества • Провести анализ собранных данных с участием заинтересованных сторон, чтобы определить приоритеты и выработать стратегию | <ul style="list-style-type: none"> • Описание методов ситуационного анализа • Краткое изложение всех полученных результатов • Определение основных результатов • Изложение приоритетов и целевых направлений мероприятий и действий |

5. Управленческая и организационная структура обеспечения качества

Управление, руководство и технический потенциал на всех уровнях и во всех структурах системы здравоохранения являются необходимыми условиями повышения качества, которые необходимо рассмотреть отдельно. Важно понимать, где и как будет осуществляться процесс разработки, утверждения, реализации и мониторинга политики, учитывая существующие или предлагаемые структуры, и как на этот процесс будет влиять более широкий политический контекст. На начальном этапе полезно определить ключевые государственные органы, организации и отдельных лиц, которые будут участвовать в разработке и осуществлении политики и стратегии в области качества на национальном, субнациональном и местном уровнях. В разных странах процессом руководят разные органы или структуры. Целесообразно с самого начала понять, как будет осуществляться процесс разработки политики: от этапа разработки концепции и до полного согласования и введения в действие. Как уже отмечалось, с самого начала следует решить, в какой форме будет представлена политика. Затем рабочая группа по разработке политики должна определить, какие люди или группы должны быть привлечены, и кто будет ее согласовывать, уточнить процедуру ее официального утверждения и согласования с существующими законами и политикой в сфере здравоохранения.

Во Вставке 8 перечислены некоторые обычные функции и обязанности. Все больше стран имеют специальные подразделения или департаменты, отвечающие за работу в области качества. Вне зависимости от того, наделен или не наделен такой департамент полномочиями по введению определенных политик в действие, он может отвечать за оценку и совершенствование подхода или устранение выявленных недостатков в области качества. В политике важно четко определить организационную структуру, функции и обязанности таких департаментов, с тем чтобы в полной мере использовать потенциал рабочей группы и понимать, когда можно делегировать обязанности на другие уровни системы здравоохранения. Вовлечение и расширение прав и возможностей сообщества является еще одним важным вопросом в контексте управления и подотчетности; например, следует определить, как пациенты, медицинский персонал и общественность в целом могут быть эффективно вовлечены в процесс разработки, реализации и мониторинга политики и стратегии.

Вставка 8. Качество медицинской помощи: функции и обязанности отдельных заинтересованных сторон

Четкое описание функций и обязанностей необходимо для того, чтобы иметь правильные ожидания и возлагать ответственность на соответствующие заинтересованные стороны. Политика поможет определить эти функции и обязанности. Примеры:

Министерство здравоохранения

Обеспечивает руководство и управление национальными программами

Департамент или управление качества (как правило, в составе министерства здравоохранения)

Оказывает поддержку в разработке и реализации национальной политики и стратегии

Национальный координационный комитет

Осуществляет мониторинг и оценку прогресса, определяет недостатки и несоответствия в обеспечении качества, а также координирует и согласует вклад многочисленных заинтересованных сторон в политику и стратегию

Субнациональные комитеты качества / группы управления (областные и районные)

Осуществляют мониторинг и оценку прогресса региональных и областных программ и решают вопросы, связанные с качеством

Профессиональные организации

Оказывают помощь и поддержку в обучении, профессиональной подготовке и разработке стандартов

Страховые компании

Осуществляют финансирование и мониторинг программ стимулирования и интеграцию мер по улучшению качества с механизмами выплат

Институциональные советы

Проверяют институциональные программы и инициативы по повышению качества и привлекают сообщества к улучшению процессов предоставления услуг

Специалисты медицинских учреждений

Оказывают качественную медицинскую помощь и выполняют стандарты качества, а также предоставляют соответствующую отчетность в целях непрерывного повышения качества

Существующие программы по борьбе с конкретными заболеваниями или по обслуживанию определенных групп населения, например, по борьбе с ВИЧ или по охране здоровья матери и ребенка, также могут иметь надежные структуры управления. В процессе разработки политики полезно определить структуры программ, наиболее актуальные для обеспечения согласованности.

Крайне важно принять во внимание доступные рычаги, которые обеспечат надлежащую реализацию политики. Для этого требуется определить и разработать структуры отчетности и обеспечения исполнения. Это может оказаться непростой задачей, поскольку успешная реализация политики зависит не только от конкретных мер, но и от культуры внутри системы, от того, получила ли политика поддержку, и от отношений между основными заинтересованными сторонами. В основе успешной реализации политики – заинтересованные стороны на всех уровнях системы, которые наделены полномочиями, поддерживают политику и заинтересованы в ее успехе. В некоторых случаях может потребоваться обязательное соблюдение стандартов с применением механизмов устранения нарушений или санкций за допущенные нарушения. Различные формы санкций могут затрагивать лицензирование, аккредитацию или финансирование; кроме того, могут применяться правовые механизмы, в том числе штрафы или другие правовые действия. Однако необходимость в таких механизмах и их использование следует тщательно продумать в контексте создания таких условий для разработки политики, которые наилучшим образом отвечали ли бы запросам

конкретной страны. Предлагаемые механизмы управления должны быть согласованы всеми заинтересованными сторонами и делегироваться по мере необходимости соответствующим ответственным органам. Каждая страна после консультации с профессиональными организациями может определить наилучшие механизмы обеспечения соблюдения политики.

Последующая разработка стратегии (см. Часть II) поможет решить вопросы управления качеством с использованием системного подхода.

Резюме: управленческая и организационная структура обеспечения качества

| Действия рабочей группы по разработке политики | Содержание политики |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Определить существующие структуры управления на всех уровнях системы здравоохранения • Определить механизмы утверждения и обеспечения исполнения политики • Принять решение о структуре управления как для разработки политики, так и для более масштабной программы повышения качества | <ul style="list-style-type: none"> • Описание предлагаемой структуры управления национальной программой повышения качества, включая требования по внедрению такой структуры • Описание существующих и предлагаемых рычагов для обеспечения реализации политики (например, законодательство, системы лицензирования) |

6. Методы и мероприятия, направленные на внедрение улучшений

В этом разделе представлен набор концепций и принципов, которые необходимо учитывать для достижения общих целей политики. Часто бывает полезно сформулировать допущения, касающиеся мероприятий по внедрению улучшений, а также определить требуемые ресурсы и стратегии смягчения рисков. Во Вставке 9 приведен краткий перечень действий, которые обычно рассматриваются правительствами при формировании национальной политики и сопутствующей стратегии. Из этих общих составляющих формируется успешная общесистемная программа действий в области качества. Сюда входит сильное руководство в сочетании с умением ставить приоритеты, отвечающие потребностям людей, и создавать условия, которые будут способствовать удовлетворению таких потребностей. Важно также иметь возможность оценивать и регулировать выполнение установленных стандартов медицинской помощи посредством лицензирования и проверок деятельности специалистов и учреждений, а также через внешнюю оценку поставщиков. Часто национальные программы улучшения начинаются с программ внешней оценки, таких как аккредитация, однако влияние таких мер на качество не доказано; необходимо признать, что эти подходы должны рассматриваться в рамках более широкой структурированной программы, охватывающей необходимые структуры управления и ряд эффективных в местном контексте мероприятий.

Вставка 9. Основные составляющие, необходимые для обеспечения качества в масштабах системы

- Руководство процессом постановки приоритетов и формирования условий для повышения качества
- Разработка стандартов и целевых показателей
- Лицензирование специалистов и учреждений
- Проверки и внешние оценки
- Повышение квалификации и удержание кадров
- Механизмы поощрения (финансовые и нефинансовые)
- Измерение показателей, сопоставление с контрольными показателями, обратная связь
- Масштабные инициативы по улучшению медицинской помощи по группам населения, клиническим состояниям и т.д.
- Вовлечение пациентов, их родственников и сообщества (в т.ч. через участие, образование, выбор и обратную связь)
- Прозрачность и публичная отчетность о результатах деятельности

В широко известной модели качества Донабедиана (15) описаны три параметра для оценки качества медицинской помощи: структура, процесс и результат. Данный подход может быть полезен в процессе планирования политики, т.к. позволяет концептуализировать широкий спектр потенциальных методов и мероприятий по внедрению улучшений и обеспечивает, чтобы в политике учитывались ключевые факторы, влияющие на качество услуг. Структура связана с условиями, в которых оказывается медицинская помощь (например, медицинское учреждение и его кадровые и финансовые ресурсы); процесс связан с предоставлением медицинской помощи, включая все аспекты взаимодействия между получателями и поставщиками медицинских услуг; и, наконец, результат – это измеримые положительные изменения в состоянии здоровья, на которое может влиять широкий спектр факторов. Разработчики национальной политики в области качества медицинской помощи должны рассмотреть вопрос о том, какие мероприятия, направленные на улучшение как структуры, так и процесса, могут быть предусмотрены политикой, а также как в конечном итоге политика отразится на показателях здравоохранения.

Обучение и вовлечение кадровых ресурсов поможет преодолеть проблему ограниченного потенциала. Механизмы поощрения могут влиять на отношение работников к процессам обеспечения качества, но также необходимо, чтобы такое отношение стало устойчивой нормой в практике оказания медицинской помощи. Если определенные методы и мероприятия привели к улучшению качества обслуживания, следует проанализировать предпринятые действия и оценить возможность их масштабирования на всю страну. При этом важно рассматривать формирование доказательной базы и программу обучения как важный инструмент поддержки при выборе и доработке мероприятий по внедрению улучшений. Важным требованием для достижения как масштабируемости, так и устойчивости улучшений является целенаправленное вовлечение людей (пациентов, их родственников и сообщества). Для расширения их прав и возможностей потребуется обучение как поставщиков услуг, так и широкой общественности и понимание важности этих концепций, принципов и навыков. Чтобы участвовать в этих процессах, общественность должна иметь доступ к отчетности о деятельности медицинских учреждений и понимать ее, чтобы требовать подотчетности системы здравоохранения и стимулировать спрос на изменения. Концептуальный подход, предполагающий отбор и выполнение отдельных мероприятий, направленных на повышение качества, рассматривается в Части II, посвященной вопросам разработки стратегии.

Резюме: методы и мероприятия, направленные на внедрение улучшений

| Действия рабочей группы по разработке политики | Содержание политики |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Обсудить и выбрать приоритетные направления, в которых будут осуществляться мероприятия, направленные на внедрение улучшений | <ul style="list-style-type: none"> Перечень направлений для проведения мероприятий по внедрению улучшений, в соответствии с политикой и стратегией Обсуждение обоснований, допущений, требуемых ресурсов и стратегий смягчения рисков |

7. Системы управленческой информации и данных в области здравоохранения

Улучшение качества зависит от наличия четких и точных данных о показателях деятельности. При разработке национальной политики в области качества для стимулирования и оценки улучшений нужно обязательно уделять внимание системам оценки и отчетности, включая цикл обратной связи. В рамках поддержки комплексной национальной программы качества потребуются как минимум пять интегрированных механизмов сбора и анализа данных:

- национальная иерархическая система сбора данных и отчетности;
- информационная система и база данных по качеству для руководства департамента/министерства здравоохранения;
- системы поддержки принятия клинических решений и ведения карт пациентов для персонала, непосредственно работающего с пациентами;
- системы контроля качества и обратной связи для оценки индивидуальной работы в сравнении со стандартами или целевыми показателями, а также контрольными показателями;
- публичная и сравнительная отчетность для обеспечения прозрачности и подотчетности.

Очевидно, что в разных странах эти механизмы находятся на разных этапах развития. В политике будет представлена общая оценка текущего потенциала, описан намеченный курс действий для создания необходимых возможностей, а также приоритетные направления улучшений в процессах сбора и анализа данных. Основные пункты, которые должны быть отражены в политике, включают: описание существующих источников данных, выявление пробелов в данных и действия, необходимые для разработки инфраструктуры данных, которая позволит обеспечить более высокое качество услуг, а также мониторинг и отчетность по результатам работы. Учитывая, что во многих случаях инициативы в области качества реализуются в условиях обычной работы системы, большое значение будет иметь интеграция программ по повышению качества с информационными системами управления здравоохранением.

Резюме: системы управленческой информации и данных в области здравоохранения

| Действия рабочей группы по разработке политики | Содержание политики |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Определить существующие источники данных и возможности их сбора и анализа • Выявить недостатки существующих информационных систем здравоохранения, связанных с качеством • Предложить направления оптимизации информационных систем здравоохранения по вопросам качества • Определить существующую политику и планы сектора здравоохранения, связанные с системами данных и медицинской информацией | <ul style="list-style-type: none"> • Краткий обзор доступных систем сбора и обработки медицинской информации и данных • Описание предлагаемых систем сбора и обработки медицинской информации и данных для поддержки национальных программ в области качества • Прямая ссылка на интеграцию программ повышения качества с информационными системами управления здравоохранением |

8. Индикаторы качества и основные показатели

Цели комплексной политики включают обеспечение регулярного мониторинга качества и обратной связи со стороны поставщиков медицинских услуг и руководителей медицинских учреждений, а также сбора данных и общей оценки прогресса в достижении национальных целей в приоритетных областях. Для этого потребуются определить набор основных индикаторов качества, а также необходимые политики и процессы поддержки ряда задач, таких как обратная связь с поставщиками услуг, прозрачность для общественности, контрольные показатели для сопоставления с ними фактических показателей деятельности и понимания того, какие изменения в качестве услуг являются необоснованными, анализ эффективности затрат, отдельных мероприятий, направленных на повышение качества, и общего национального подхода к качеству.

Показатели качества имеют решающее значение для оценки эффективности деятельности по повышению качества. Без измерения этих показателей невозможно узнать, действительно ли меры по улучшению обеспечивают более высокое качество медицинской помощи и приводят к значительным изменениям в показателях здравоохранения. Оценка качества – с использованием стандартизированных индикаторов – позволяет поставщикам медицинских услуг и лицам, определяющим политику, оценивать прогресс на всех уровнях здравоохранения: национальном, региональном, местном, на уровне медицинского учреждения и индивидуума. Этот уровень информации может также способствовать улучшению публичной отчетности, в т.ч. повысить прозрачность и доверие, даже если результаты не соответствуют целевым показателям. Более подробно процесс разработки комплексной системы измерения качества рассматривается в Части II, посвященной вопросам разработки стратегии.

Резюме: индикаторы качества и основные показатели

| Действия рабочей группы по разработке политики | Содержание политики |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Выполнить оценку соответствующих индикаторов, собранных и включенных в отчеты сектора здравоохранения • Поставить задачу разработать набор основных индикаторов (см. Части II и III) | <ul style="list-style-type: none"> • Представление индикаторов и обоснование их выбора • Общее описание того, как индикаторы будут использоваться |

ЧАСТЬ II

РАЗРАБОТКА СТРАТЕГИИ

Обзор раздела: Часть II. Разработка стратегии

- **Разработка национальной стратегии в области качества**
 - Национальные цели и приоритеты здравоохранения
 - Определение качества на местном уровне
 - Определение и вовлечение заинтересованных сторон
 - Ситуационный анализ: состояние качества
 - Управленческая и организационная структура обеспечения качества
 - Методы и мероприятия, направленные на внедрение улучшений
 - Системы управленческой информации и данных в области здравоохранения
 - Индикаторы качества и основные показатели
- **Разработка оперативного плана для реализации**
- **Интегрирование технических программ с национальной политикой и стратегией качества**

Как отмечалось выше, национальная политика и стратегия в области качества часто могут разрабатываться одновременно как часть национальной программы по обеспечению качества и входить в один комплексный документ. Более того, если стратегия определяет процесс, посредством которого политика вводится в действие, часто требуется более подробный оперативный план. В таком плане отражаются практические аспекты реализации приоритетных действий, в т.ч. функции, обязанности и сроки. Более подробная информация приведена в конце Части II.

В настоящем разделе рассматривается ряд практических компонентов, которые необходимо учитывать на этапе, когда политика преобразуется в конкретные практические действия посредством разработки стратегии в области качества. Предлагаемый процесс и содержание заключительного документа отражают процесс разработки политики и основываются на тех же восьми составляющих. Кроме того, разработка национальной стратегии способствует интеграции существующих программ и инициатив, в т.ч., например, технических программ (например, по ВИЧ или охране здоровья матери и ребенка), в единую национальную рамочную основу по обеспечению качества. Более подробная информация о принципах интеграции приведена в конце Части II.

В стратегии должны быть установлены сроки реализации тех или иных видов деятельности, а также предусмотрено достаточное время на организацию логистики и поддержки таких инициатив (например, распределение ресурсов, реорганизация учреждений или перепрофилирование персонала, повышение осведомленности и развитие коммуникации, а также соответствующее обучение и повышение квалификации). Как отмечалось, стратегия может включать оперативный план, который представляет собой подробную дорожную карту промежуточных этапов. Часто на раннем этапе реализации для выполнения требований политики могут потребоваться организационные изменения на уровне заинтересованных сторон, в т.ч. ответственного министерства или агентства. Кроме того, может возникнуть потребность в оказании технического содействия заинтересованным сторонам для определения процессов, необходимых для выполнения требований политики с точки зрения логистики. На данном промежуточном этапе, до того, как политика вступит в полную силу, для ускорения реализации необходимых изменений могут быть привлечены внешние консалтинговые агентства или создана рабочая группа или комитет.

«Цель настоящей Национальной стратегии – объединить множество мероприятий, которые разрабатывались на протяжении последних 15 лет, в единую группу последовательных действий, которые будут способствовать достижению общей цели всех учреждений здравоохранения в стране, в т.ч. государственных и частных, и переходу к новому этапу совершенствования качества в целях улучшения здоровья мексиканского народа посредством объединения всех сторон на пути к достижению эффективного всеобщего охвата услугами здравоохранения».

Национальная стратегия в области качества Мексики, 2016 г.

В процессе введения политики в действие могут возникнуть непредвиденные проблемы, которые потребуют корректировки стратегии. Однако количество таких изменений должно быть сведено к минимуму за счет выделения на этапе разработки стратегии периода на ее анализ и консультации. Таким образом, в оперативном плане необходимо учесть, как будет осуществляться мониторинг и решение проблем на раннем этапе реализации стратегии (например, официальный процесс оценки или такие управленческие решения, как создание комитета по контролю за реализацией стратегии). Данный процесс должен быть хорошо задокументирован; кроме того, нужен канал для сообщения такой информации соответствующему надзорному агентству или ответственному лицу для оперативного рассмотрения и внесения необходимых корректировок.

РАЗРАБОТКА НАЦИОНАЛЬНОЙ СТРАТЕГИИ В ОБЛАСТИ КАЧЕСТВА

Несмотря на многие отличия между странами, в ходе анализа имеющихся знаний и практических подходов были выявлены схожие для разных стран принципы разработки и реализации национальных стратегий по повышению качества. В настоящем разделе рассматриваются восемь составляющих процесса. Те же восемь составляющих образуют процесс формирования политики, рассмотренный в Части I. При этом, в случаях, когда это возможно и целесообразно, те или иные составляющие могут реализовываться одновременно. В других случаях основой для разработки стратегии может стать национальная политика в области качества. Для ускорения разработки стратегий, составляющие процесса описаны ниже. Однако не все страны будут проходить каждый этап или придерживаться той же последовательности шагов.

1. Национальные цели и приоритеты здравоохранения

Стратегия в области качества – это средство, помогающее системе здравоохранения ускорить достижение ее целей и приоритетов в сфере здравоохранения с использованием концепций качества и доказательных методов и принципов, включающих этапы планирования, контроля и повышения качества. Важный первый шаг – понимание текущих целей и приоритетов национальной системы здравоохранения, определение возможных пробелов и разработка новых целей и приоритетов, которые необходимо включить в национальную стратегию качества. Цель данной работы – определить цели и приоритеты национальной системы здравоохранения и их приоритетность, чтобы стратегия в области качества разрабатывалась полностью в соответствии с ними, а не параллельно. Политика и стратегия повышения качества – и их реализация – должны охватывать весь срез системы здравоохранения во избежание создания вертикальной программы качества. Разработка национальной стратегии в области качества с учетом текущих целей и приоритетов также способствует вовлечению в процесс различных групп заинтересованных сторон.

Текущие цели и приоритеты разных стран будут неизбежно отличаться. Кроме того, они будут сформулированы в разных формах и с разной степенью детализации. Многие цели

и приоритеты национальной системы здравоохранения могут быть прямо связаны с качеством медицинской помощи, предлагаемой службами здравоохранения. Другие могут иметь косвенное отношение к ней и касаться, например, детерминант здоровья, профилактики риска и расширения доступа к услугам. В тех случаях, когда текущие цели прямо ориентированы на качество медицинской помощи, в ходе разработки стратегии имеет смысл исходить непосредственно из таких целей. Если же ориентир на качество нет, в процессе планирования национальной системы здравоохранения может быть необходимо предложить и лоббировать новые цели и приоритеты.

Национальная стратегия в области качества может иметь структуру и содержание, обозначенные в текущей политике (например, пятилетний национальный план в области здравоохранения), и может включать дополнительные цели в сфере здравоохранения с соответствующими сроками их реализации. Также могут быть включены цели, связанные с более широкими, глобальными инициативами в области здравоохранения (например, ЦУР), или цели, связанные с крупными программами, реализуемыми внутри страны при участии донорских организаций. В некоторых случаях цель национальной системы здравоохранения может быть непосредственно связана с каким-то экстремальным событием или требованием общественности повысить качество системы здравоохранения (например, снижение материнской смертности или уровня внутрибольничных инфекций). Может быть полезно подробнее изучить текущие национальные цели и приоритеты и понять, как и почему сформировались именно такие приоритеты, как они влияют на оказание медицинских услуг, а также как национальные мероприятия по повышению качества могут способствовать их достижению. Всегда можно определить новые цели и приоритеты для национальной стратегии в области качества, однако четкая координация с целями, обозначенными ранее, позволит заручиться политической поддержкой и обеспечить интеграцию работы по повышению качества в мероприятия по укреплению системы здравоохранения. Бюджет системы здравоохранения также может быть сформирован в привязке к текущим целям и приоритетам национальной системы; при этом важно разъяснить эту взаимосвязь и оценить условия и предпосылки для финансирования национальной стратегии в области качества.

Существуют разные способы определения приоритетов. Часто данный этап начинается с анализа бремени болезней, предотвратимой заболеваемости и смертности. Цель данного метода – выработать общий язык, который будет понятен разным аудиториям и будет ими поддержан. Однако при определении приоритетов здравоохранения страны все дальше отходят от таких критериев, как бремя болезней, в пользу таких показателей, как здоровье и благополучие населения. Стратегия в области качества может включать и такие приоритеты, как обеспечение более справедливого доступа к услугам здравоохранения и всеобщего охвата услугами здравоохранения.

Приоритеты и цели национальной стратегии в области качества могут быть установлены в рамках прямого прозрачного процесса с учетом следующего.

- Национальные цели и приоритеты определяются на основе главных национальных планов и политики в области здравоохранения.
- Дополнительные цели и приоритеты могут быть сформулированы в контексте других направлений работы (ситуационный анализ, глобальные ЦУР и донорские программы).
- Если перечень целей и приоритетов слишком велик и не может быть включен полностью в национальную стратегию качества (например, количество целей и приоритетов объективно превышает то количество, которое будет поддаваться мониторингу и может быть реализовано на практике, учитывая имеющиеся ресурсы и сроки), существует два пути: сократить перечень приоритетов, используя четкие критерии, или поделить приоритеты на краткосрочные и долгосрочные.
- После создания перечня и до его доработки необходимо получить комментарии различных заинтересованных сторон.
- Необходимы четкий график и критерии дальнейшего анализа и пересмотра целей и приоритетов.

Вставка 10. Отличия в национальных стратегиях в области качества

Национальные стратегии в области качества могут отличаться не только структурой, но и приоритетными для стран направлениями работы. Поэтому очень важно понимать проблемы в системе качества, которые требуют внимания при разработке стратегии.

Эфиопия

Главная цель национальной стратегии в области качества в сфере здравоохранения – обеспечивать и улучшать на постоянной основе результаты клинической помощи, безопасность пациентов и ориентированность услуг на человека, а также расширить доступ и повысить справедливость для всех сегментов населения Эфиопии к 2020 году.

Намибия

Стратегия в области качества в Намибии является рамочной основой для реализации инициатив в сфере управления качеством на всех уровнях предоставления услуг здравоохранения и включает четыре стратегические задачи: (a) совершенствование систем управления качеством и подотчетности; (b) повышение ориентированности медицинской помощи на клиента и вовлечение потребителей в процессы принятия решений; (c) повышение безопасности пациентов и медицинских работников; и (d) совершенствование клинической практики.

Цели национальных стратегий в области качества могут определяться конкретными приоритетами страны, но при этом многие из них будут охватывать все или некоторые из аспектов качества. На выбор целей могут также влиять текущие или недавние заметные события в сфере общественного здравоохранения, например, эпидемии инфекционных заболеваний или массовая миграция, которые могут отражаться на потенциале и приоритетах служб здравоохранения. На самом деле на этапе реализации стратегии такие события могут требовать пересмотра целей, в результате чего стратегия может быть скорректирована с учетом новых критических потребностей, но опять же с участием основных заинтересованных сторон.

Формулировка целей может отражать желаемые или конкретные результаты в отношении здоровья, например: «сокращение предотвратимой смертности на x% в течение пяти лет». Могут быть указаны способы достижения цели, например, обеспечение всеобщего охвата услугами здравоохранения или решение проблемы дефицита медицинских кадров. Кроме того, цели могут быть сформулированы с фокусом на улучшение определенных аспектов качества: эффективность, безопасность, ориентированность на человека.

Может потребоваться информационно-разъяснительная работа, чтобы внедрить цели и приоритеты в области качества на всех уровнях системы здравоохранения и обеспечить их отражение в национальных планах в области здравоохранения, бюджетах и самой стратегии.

| Резюме: национальные цели и приоритеты здравоохранения | |
|--|---|
| Действия рабочей группы по разработке стратегии | Содержание стратегии |
| <ul style="list-style-type: none"> • Определить существующие источники опубликованных или иным образом сформулированных национальных целей и приоритетов в области здравоохранения • Оценить текущие цели на предмет актуальности и соответствия стратегии в области качества • Рассмотреть в рамках ситуационного анализа и процесса планирования стратегии необходимость в определении дополнительных целей и приоритетов • Сформулировать цели и приоритеты национальной стратегии в области качества | <ul style="list-style-type: none"> • Постановка национальных целей и приоритетов в области качества медицинской помощи • Источники текущих национальных целей и приоритетов в области здравоохранения |

2. Определение качества на местном уровне

Важно, чтобы стратегия отражала определение качества, принятое применительно к различным направлениям деятельности и процессам. Такие определения создают контекст, в котором будет функционировать и оцениваться стратегия. Определение качества должно быть сформулировано еще на этапе разработки политики. Если этого не было сделано, настоятельно рекомендуется рассмотреть данный вопрос на начальном этапе процесса разработки стратегии. Разработка локального определения может быть одной из первых задач разработчиков стратегии, а также поводом привлечь основные заинтересованные стороны к обсуждению местных приоритетов (Вставка 11). Дополнительная информация об определении понятия «качество» и его контекста приводится в соответствующем разделе Части I настоящего руководства («Определение качества на местном уровне») и введении.

Вставка 11. Пример из практики: определение качества в Судане

«Предоставление медицинской помощи, ориентированной на пациента, на возможно высочайшем уровне с использованием имеющихся ресурсов и доказательной практики».

Определение качества. Стратегия в области качества Судана, 2017 г.

В 2016 году в Судане началась разработка национальной стратегии в области качества. В процесс стратегического планирования было вовлечено множество заинтересованных сторон. На основе информации, полученной от заинтересованных сторон, разработчики стратегии предложили предварительное определение, что значит «качество» в контексте новой национальной программы по совершенствованию услуг. Было выбрано краткое определение, понятное самым разным заинтересованным сторонам – от политиков до медицинских работников. Оно отражает не только потребность в эффективной медицинской помощи, ориентированной на пациента, но и необходимость рационально использовать ограниченные ресурсы.

Резюме: определение качества на местном уровне

| Действия рабочей группы по разработке стратегии | Содержание стратегии |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Собрать существующие определения качества из национальных публикаций по вопросам здравоохранения или предыдущих инициатив по повышению качества и проанализировать вводный раздел настоящего руководства. • В процессе стратегического планирования или вовлечения заинтересованных сторон уточнить и выбрать определение, соответствующее местному контексту, которое будет использоваться в процессе разработки стратегии. Если национальная политика в области качества уже разработана, определение качества может быть уже сформулировано. | <ul style="list-style-type: none"> • Четкое определение качества и как оно будет отражаться в направлениях работы, обозначенных в стратегии. |

3. Определение и вовлечение заинтересованных сторон

Чтобы стратегия в области качества была успешной, на этапах ее разработки, реализации и оценки крайне важно конструктивное сотрудничество и участие заинтересованных сторон. Несмотря на то, что разработкой стратегии может заниматься определенная организация (часто отдел или подразделение министерства здравоохранения), важно работать с широким кругом заинтересованных сторон, представляющих систему здравоохранения на уровне государства, отдельных регионов, сообществ и на местном уровне. Структурированное участие заинтересованных сторон способствует формированию общего понимания, взаимных амбиций и ответственности, что в свою очередь помогает определить ресурсы и активы, имеющиеся для поддержки процесса разработки и реализации стратегии. Вовлечение заинтересованных сторон на этапе разработки политики и стратегии может быть частью одного процесса. Хотя конкретные группы заинтересованных сторон в разных странах могут отличаться, в целом они включают как минимум следующие институты:

- министерства (здравоохранения, а также в связанных областях, например, финансов), квазигосударственные независимые органы и основное выборное руководство;
- регуляторы, другие внешние оценщики и органы, устанавливающие стандарты;
- государственные и частные страховые организации и органы;
- профессиональные общества;
- поставщики (на уровне сообщества, первичной, вторичной и третичной медицинской помощи, традиционной медицины, государственного и частного секторов);
- организации гражданского общества, крупные религиозные организации, группы пациентов и пациенты;
- неправительственные организации и организации на уровне сообществ;
- плательщики, финансирующие организации и доноры.

Во многих странах в учреждениях здравоохранения и на уровне поставщиков в сообществах уже осуществляются маломасштабные (а в отдельных случаях крупномасштабные) инициативы по повышению качества в рамках системы здравоохранения в целом. В некоторых случаях такие инициативы реализуются при поддержке внешних технических агентств. Передовой опыт таких организаций в реализации улучшений в области качества дает возможность понять, что работает на местном уровне, и должен быть принят во внимание на этапе вовлечения заинтересованных сторон.

Определение или анализ заинтересованных сторон помогает определить, какие организации или лица могут способствовать или препятствовать разработке и реализации национальной стратегии в области качества. На этапе принятия решения о том, какие группы заинтересованных сторон следует активно привлекать к процессу, может быть полезно задать ряд вопросов, которые помогут прояснить, кто должен участвовать в выработке понимания текущего состояния качества, определении явных проблем и пробелов и разработке стратегии улучшений. К важным вопросам, которые следует принять во внимание при определении основных заинтересованных сторон, относятся следующие.

- Кто отвечает за качество на каждом уровне системы здравоохранения?
- Кто или что влияет на качество на каждом уровне системы здравоохранения?
- Какие существуют основные рычаги или стимулы для повышения результатов в отношении здоровья, и кто приводит их в действие?
- Какие группы поддержат и будут готовы внедрять национальную стратегию качества, а какие будут ее критиковать?
- Какие основные организации отвечают за предоставление услуг в целом по системе здравоохранения?
- Какие организации или отдельные лица поддерживают министерство здравоохранения в разработке стратегических планов?

Эти вопросы помогут установить основных участников процесса, их функции (разработчик, рецензент, консультант-эксперт или исполнитель) и этапы процесса, на которых они привлекаются.

В Таблице 2 приведены примеры заинтересованных сторон и задач, выполнение которых они могут поддерживать или возглавить.

| Таблица 2. Заинтересованные стороны и их задачи | |
|---|--|
| Заинтересованная сторона | Задача(-и) |
| Министерство здравоохранения | <ul style="list-style-type: none"> • Основной разработчик • Основной орган, ответственный за НПСК |
| Другие министерства (финансов, социальных дел, образования) | <ul style="list-style-type: none"> • Стратегическое участие в разработке стратегии • Определение вопросов политики, требований к финансированию, законодательных инструментов • Интеграция действий с инициативами других секторов (например, медицинское обучение) |
| Советы медицинских работников и специализированные общества | <ul style="list-style-type: none"> • Определение мер по повышению качества • Техническая поддержка в проведении ситуационного анализа и внешней оценки |
| Национальное агентство страхования здоровья | <ul style="list-style-type: none"> • Анализ платежных вопросов • Интеграция стимулов для реализации улучшений |
| Областное, региональное, районное руководство организаций здравоохранения | <ul style="list-style-type: none"> • Вовлечение учреждений здравоохранения и интеграция управленческих функций и функций в сфере обеспечения качества • Распределение действий и технической поддержки для реализации • Мониторинг и оценка прогресса инициатив в области качества посредством эффективных управленческих процессов |

| | |
|---|--|
| Религиозные, частные и традиционные поставщики услуг здравоохранения | <ul style="list-style-type: none"> • Вовлечение сети религиозных организаций • Распределение действий и технической поддержки для реализации • Поддержка районной команды по управлению вопросами здоровья в работе по мониторингу и оценке хода инициатив в области качества |
| Государственные поставщики услуг здравоохранения и стационары | <ul style="list-style-type: none"> • Полноценное участие в ситуационном анализе • Техническое руководство и участие в совершенствовании клинической практики |
| Неправительственные организации и партнеры по развитию | <ul style="list-style-type: none"> • Техническая поддержка на этапе стратегического планирования и реализации мероприятий в области качества на основе стратегии |
| Организации гражданского общества, заинтересованные стороны на уровне сообществ | <ul style="list-style-type: none"> • Участие в ситуационном анализе • Наблюдение за процессом разработки стратегии, чтобы обеспечить ее актуальность и соответствие потребностям общественности и пациентов • Участие в выборе значимых локальных индикаторов |

Как: процесс вовлечения заинтересованных сторон

На протяжении всего процесса необходима обратная связь от групп заинтересованных сторон, чтобы обеспечить его координацию в рамках всей системы здравоохранения. Существуют разные способы вовлечения заинтересованных сторон. Наиболее распространенные из них – интервью и встречи с заинтересованными сторонами, создание рабочих групп и получение обратной связи. На первом этапе интервью с основными заинтересованными сторонами позволяют собрать исходную информацию, например, принятые на местном уровне определения качества, представления и объективные данные в отношении текущей ситуации в сфере качества, понять, что представляет собой «идеальное» качество, увидеть существующие пробелы и собрать идеи, как их можно устранить.

По мере разработке стратегии группы заинтересованных сторон могут проверять, уточнять и дорабатывать различные составляющие национальной стратегии в области качества. Также могут быть созданы специальные рабочие группы. Так, например, специалисты с опытом клинической работы и оценки показателей могут разработать предварительный набор индикаторов качества, который будет предложен на рассмотрение и утверждение более широкой группе заинтересованных сторон.

Национальная стратегия в области качества часто разрабатывается по принципу «сверху вниз», т.е. планирование осуществляется на уровне государственных органов, после чего стратегия запускается по всей системе здравоохранения. Поэтому важно привлекать специалистов, работающих на «переднем крае» системы, т.е. использовать подход «снизу вверх», чтобы стратегия разрабатывалась с учетом существующих сильных сторон и проблем системы и чтобы обеспечить правильное распределение ресурсов. Это важно, потому что между реалиями «передовой» и стратегическим планированием на высоком уровне часто лежит пропасть. Учитывая, что специалисты-практики и руководители на местах обладают непосредственным знанием ситуации, их участие в разработке стратегии имеет критическое значение.

Разработка стратегии с учетом опыта реализации требует взаимодействия с поставщиками непосредственно в точке оказания помощи либо через профессиональные ассоциации или общества. Кроме того, она должна быть понятна поставщикам, непосредственно ра-

ботающим с населением. Именно их поведение определяет успех или неуспех стратегии, и поэтому вовлечение поставщиков медицинской помощи на раннем этапе может иметь особое значение. При этом, даже если со стороны поставщиков услуг имеется достаточная поддержка, важно создавать для них благоприятную среду, которая обусловит требуемые изменения в поведении и реализацию улучшений в системе помощи. Вовлечение заинтересованных сторон поможет увидеть структуры, необходимые для поддержки такой среды, а также проблемы, которые будет необходимо решить в процессе ее создания.

Вставка 12. Вовлечение сообщества и пациентов: опыт Уганды

Уганда на протяжении многих лет реализует национальные программы по повышению качества помощи. Первая подобная программа стартовала в середине 1990-х годов. Вовлечение пациентов и сообществ стало приобретать все большее значение как неотъемлемая часть таких инициатив по мере их реализации. В Уганде были созданы комитеты при руководстве учреждений здравоохранения, через которые население могло давать полезную обратную связь руководству учреждений и контролировать их работу. Также был принят устав для пациентов, в котором были обозначены права пользователей услуг, а в ходе подготовки последней национальной стратегии в области качества в рабочую группу по разработке и реализации стратегии были включены представители гражданского общества и потребителей услуг здравоохранения.

Мнение сообществ и пациентов играет важнейшую роль. Получить такую информацию можно в ходе посещений учреждений и участия во встречах с общественностью в процессе разработки стратегии, на которых можно услышать точки зрения пациентов, их родственников и сообществ (Вставка 12). Также можно напрямую привлекать представителей сообществ и пациентов в процессы разработки политики и стратегии, а также в ходе их последующей реализации и внедрения управленческих механизмов. Это поможет обеспечить ориентированность мероприятий на то, что действительно имеет значение для конечных пользователей услуг. Однако процесс вовлечения сообществ и наделения их необходимыми полномочиями требует тщательного планирования. Например, для организации эффективного диалога в ходе процесса может потребоваться решить такие проблемы, как языковой барьер или низкая грамотность в вопросах здоровья. Услуги здравоохранения должны быть переориентированы на нужды и предпочтения пациентов, а достигнуть этого можно только через их эффективное вовлечение в стратегический процесс. Вовлечение сообществ и пациентов требует выделения дополнительных ресурсов в рамках программ по повышению качества помощи, но благодаря этому сообщества становятся ключевым активом в ситуационном анализе, в процессе разработки мероприятий, управленческих механизмов и механизмов подотчетности, а также на этапе оценки результатов. Подобное участие дает людям понимание их роли и полномочий и формирует подотчетность на уровне сообщества.

Резюме: определение и вовлечение заинтересованных сторон

| Действия рабочей группы по разработке стратегии | Содержание стратегии |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Определить основные заинтересованные стороны в системе здравоохранения • Определить функции основных заинтересованных сторон и их влияние на разработку стратегии • В рамках процесса сотрудничества поручить отдельным заинтересованным сторонам принять участие в разработке соответствующих аспектов стратегии в области качества • Спланировать активное участие заинтересованных сторон, чтобы получить максимальный объем полезных исходных данных и свести к минимуму барьеры для разработки и реализации стратегии • Составить график встреч и совещаний с участием нескольких заинтересованных сторон для разработки стратегии (могут включать группы по разработке документов, процессы ситуационного анализа, координационную группу, совещание по утверждению стратегии) | <ul style="list-style-type: none"> • Схема процесса вовлечения заинтересованных сторон и их вклада в разработку стратегии • Описание функций основных заинтересованных сторон в реализации мероприятий, предлагаемых в рамках стратегии |

4. Ситуационный анализ: состояние качества

В большинстве случаев первый этап разработки НПСК включает тщательно структурированный и подробный ситуационный анализ уровня качества в системе здравоохранения на национальном, областном, местном, институциональном уровне и на уровне сообществ. Ситуационный анализ позволяет лучше понять текущий уровень качества, существующие преимущества системы здравоохранения, которые могут быть использованы для повышения качества, ожидаемые барьеры и сопутствующие факторы в процессе разработки стратегии, основные проблемы и актуальные приоритеты системы здравоохранения, а также текущее состояние таких значимых контекстуальных факторов, как инфраструктура, потенциал и политический климат. Ситуационный анализ можно использовать как основу для формирования подхода разработчиков и реализаторов стратегии. Кроме того, данные, собранные в ходе ситуационного анализа, можно предоставлять другим заинтересованным сторонам, чтобы обеспечить их более активное участие в разработке и реализации стратегии.

Проведение полного ситуационного анализа может занять несколько месяцев и будет включать ряд важных направлений работы, в т.ч. определение заинтересованных сторон и установление контактов с ними, проведение брифингов, исследование широкого ряда документов (см. ниже), проведение индивидуальных интервью и фокус-групп для сбора информации, составление сводных отчетов. Эти направления работы должны формироваться с учетом позиций и компетенций, имеющихся на всех уровнях – от национального до поставщиков медицинской помощи, непосредственно предоставляющих услуги населению. Включение широкого круга заинтересованных сторон, как отмечено в предыдущем разделе («Определение и вовлечение заинтересованных сторон»), имеет существенное значение для понимания коллективных позиций, опыта и целей, которые будут иметь ключевое значение в будущей работе.

Комплексный ситуационный анализ будет включать обзор исторической и текущей информации, а также сбор и сопоставление новых данных. Следующая информация общего характера может быть важной и полезной.

- **Обзор всех применимых документов.** Включают национальную политику здравоохранения и пятилетний национальный план в области здравоохранения, которые содержат важную информацию о приоритетах, ресурсах и контексте в стране. Национальная стратегия в области качества должна полностью соответствовать существующей национальной политике и планам.
- **Анализ законодательства и нормативно-правовых актов, касающихся вопросов качества.** Дает возможность получить информацию о требованиях к лицензированию, качеству лекарственных средств, безопасности и инспекции учреждений здравоохранения.
- **Документы государственного сектора, касающиеся вопросов качества.** Включают, например, материалы для профессионального обучения, протоколы, руководства и инструкции, имеющие отношение к качеству здравоохранения. Необходимые документы принимаются и реализуются на уровне министерства здравоохранения или национальной организации медицинского страхования и включают такую разную информацию, как требования к охране окружающей среды и утилизации медицинских отходов или положения о правах пациентов.
- **Данные о показателях качества в системе здравоохранения.** Источники включают больницы, учреждения первичной медико-санитарной помощи, амбулаторные центры и клиники, которые могут предоставить собираемые на регулярной основе данные из систем управленческой информации в области здравоохранения (СУИЗ), а также массивы данных специального назначения. Такие данные дадут подробное представление о фактических показателях системы здравоохранения, таких как доступ к услугам, эффективность, безопасность, затратноэффективность, справедливость и ориентированность на пациента.
- **Отчеты о технических и вертикальных программах.** Дают полезные данные о качестве, в т.ч. соответствии процессов и показателях здоровья конкретных групп населения.
- **Определение доступных ресурсов в целях поддержки национальных инициатив повышения качества.** Соответствующие ресурсы могут быть получены из внутренних бюджетов, от локальных партнеров по реализации, внешних агентств и связанных технических программ.
- **Исследование уровня качества** (см. ниже).

Несмотря на то, что в некоторых контекстах сбор и анализ такого широкого ряда данных может быть непростым процессом, он не всегда должен быть длительным и ресурсозатратным. В странах, где ресурсы на подобные инициативы ограничены, можно использовать в качестве отправной точки существующие результаты исследований, которые проводились для других нужд планирования системы здравоохранения (например, для разработки национального стратегического плана в области здравоохранения). Ситуационный анализ в отдельных аспектах можно объединять с другими составляющими национального процесса в области повышения качества (например, использовать процессы вовлечения заинтересованных сторон для сбора важных данных). Содействие в проведении ситуационного анализа могут оказать другие агентства, занимающиеся вопросами качества медицинской помощи (например, национальные профессиональные органы или внешние технические агентства). Чем более подробным будет анализ, тем лучше для стратегии. При этом важно помнить, что в основу стратегии должны быть заложены, насколько это возможно, выявленные потребности страны и ресурсы, имеющиеся для их удовлетворения. Даже если ресурсов мало, такой подход возможен.

В справочнике, прилагаемом к настоящему руководству, приведен ряд инструментов, которые можно использовать для поддержки данного процесса.

Вопросник для проведения полуструктурированных интервью или сбора письменных ответов может стать источником важной базовой информации, в т.ч. об опыте заинтересованных сторон, которая дополнит информацию, полученную из описанных выше источников данных и аналитических исследований. Посредством сбора таких данных в ходе индивидуальных интервью или интервью с малыми группами (а в некоторых случаях на основе письменных ответов) разработчики смогут лучше понять позицию и мнения заинтересованных сторон, основанные на их опыте. Четыре основных раздела исследования текущего уровня качества и их обоснование приведены ниже.

- **Национальный контекст в области качества.** Чтобы обосновать национальную стратегию качества, полезно знать историю, обстоятельства и инициативы, которые привели к ее разработке, и, в частности, понять, что уже было сделано в сфере планирования, контроля, обеспечения и повышения качества, в т.ч. в рамках соответствующих программ по определенным заболеваниям или для определенных групп населения. В зависимости от степени централизованности или, наоборот, фрагментированности системы здравоохранения в стране такие инициативы могут исходить из разных источников (например, частного сектора, донорских организаций или локальных программ) и формироваться под влиянием множества политических, экономических, демографических и других факторов.
- **Политика и планирование.** Качество здравоохранения во всех странах определяется политикой и формируется посредством ряда функций структурированного планирования. Например, четко определены национальные приоритеты, которые в свою очередь определяют распределение ресурсов на макроуровне, влияющее на предоставление клинических услуг на местном уровне. Параллельно внедрение национальных стандартов может значительно влиять на принятие решений в клинической практике и безопасность учреждений, в которые люди обращаются за медицинской помощью.
- **Регулирование, управление и надзор.** Это описательный анализ того, как официальные и неофициальные функции в сфере руководства, управления и надзора влияют на качество. Важно провести такую оценку на всех уровнях системы здравоохранения, включая национальный, областной, местный, институциональный уровни и уровень сообществ, с участием как государственного, так и частного сектора. Основные вопросы, требующие рассмотрения и анализа, – это структуры и ответственность за качество. Кроме того, необходимо тщательно определить сильные и слабые стороны законодательных, политических и регуляторных функций.
- **Существующие инициативы по оценке и повышению качества.** Важно провести инвентаризацию текущих инициатив, касающихся вопросов качества, на национальном, областном, местном, институциональном уровнях и на уровне сообществ. Данный анализ может привести к полезным выводам о текущем потенциале и компетенциях, а также определить существующие достижения и пробелы.

| Резюме: ситуационный анализ | |
|--|---|
| Действия рабочей группы по разработке стратегии | Содержание стратегии |
| <ul style="list-style-type: none"> • Выбрать и разработать инструменты для процесса ситуационного анализа. • Определить основные заинтересованные стороны, которые будут вовлечены в процесс. • Собрать данные по существующим направлениям деятельности, вопросам планирования, управления и надзора в системе здравоохранения, а также исторические данные по вопросам качества. • Проанализировать данные с участием разных заинтересованных сторон и на основе такого анализа установить приоритеты, прояснить вопросы управления и структур, разработать мероприятия и практические планы мониторинга и оценки. | <ul style="list-style-type: none"> • Обзор процесса ситуационного анализа. • Основные выводы ситуационного анализа. |

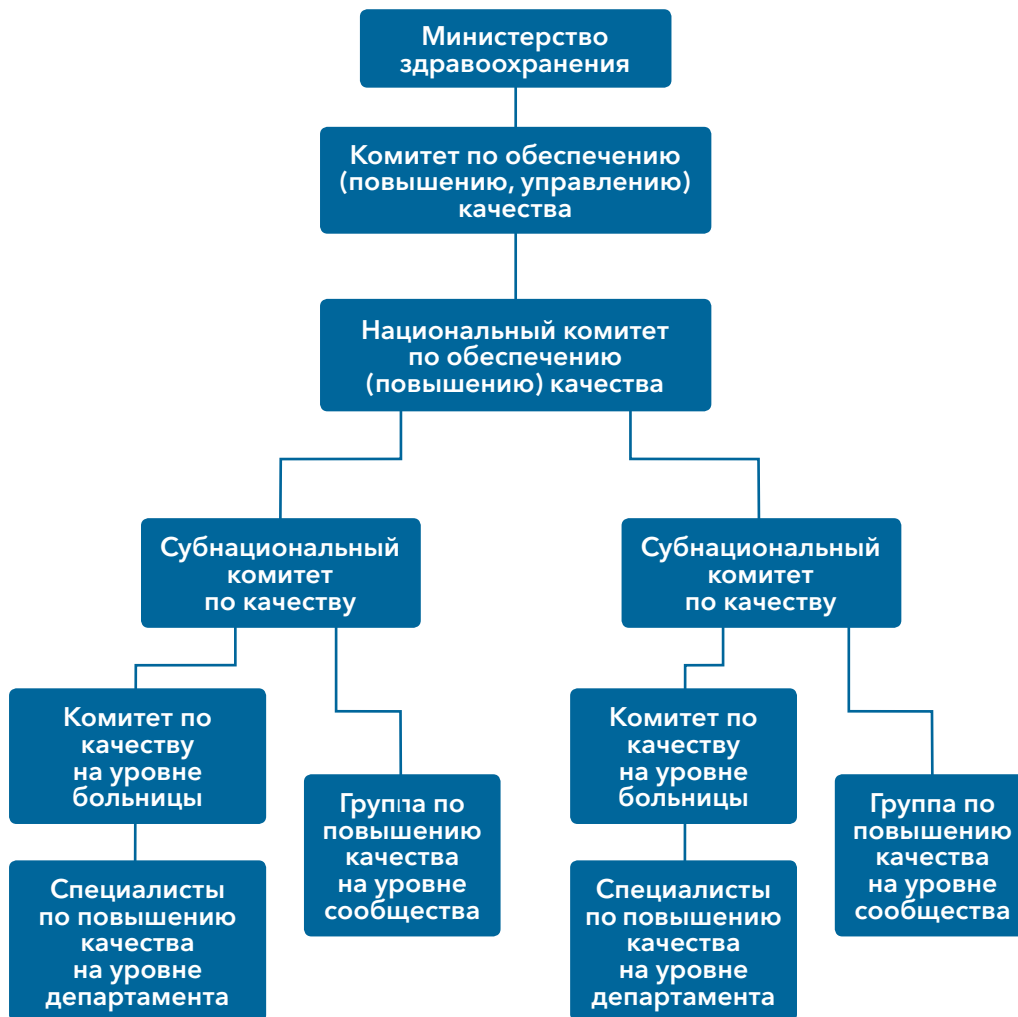
5. Управленческая и организационная структура обеспечения качества

Существует две управленческие структуры, которые требуют рассмотрения. Первая управленческая структура должна определять и задавать направление национальной политики в области качества. Вторая представляет собой управленческо-организационную структуру, ответственную за выполнение стратегии и достижение ее цели. В Части I приводится описание первой структуры; в данном разделе больше внимания уделяется второй.

Разработчики проекта стратегии обычно играют тактическую роль в ускорении процесса ее реализации. Это требует четкого определения функций и обязанностей основных лиц и организаций, которые будут контролировать отдельные аспекты стратегии и непосредственно заниматься ее исполнением.

Управление стратегией также будет зависеть от готовности руководства заниматься ее реализацией. В особенности это касается инициатив национального уровня, охватывающих регионы, учреждения здравоохранения и местное население. Должен быть четко отстроен процесс коммуникации от центрального уровня до децентрализованных объектов здравоохранения и наоборот. При этом четкое определение управленческих структур поможет использованию опыта учреждений, успешно реализовавших программы повышения качества на местном уровне, в субнациональных и национальных процессах. Существующие механизмы руководства в секторе здравоохранения, информационно-разъяснительной работы и коммуникации должны способствовать стратегической реализации политики во избежание создания параллельных систем. Если таких каналов не существует, настоятельно рекомендуется прописать их в стратегическом плане, а затем институционализировать. Организационные схемы – важный визуальный инструмент, позволяющий как внутренним, так и внешним сторонам понять процесс и управленческую структуру (см. примеры организационных схем в прилагаемом справочнике) (Рис. 2).

Рис. 2. Пример организационной схемы национальных мероприятий в сфере повышения качества



Чтобы помочь разработчикам стратегии в оценке существующих активов и пробелов в управлении и разработать концепцию желаемой структуры, может быть полезно ответить на следующие вопросы.

Кто в настоящее время отвечает за функции, имеющие отношение к качеству?

Ответ на этот вопрос может быть получен в ходе ситуационного анализа или на этапе вовлечения заинтересованных сторон. Однако часто картина получается сложной или нечеткой. Может быть полезно прояснить взаимоотношения между министерствами здравоохранения, органами аккредитации или лицензирования и профессиональными органами, а также установить, какими соглашениями или договоренностями регулируются такие отношения. Также может быть полезно не только определить, какие лица и организации несут ответственность на разных уровнях системах, но также какими ресурсами и полномочиями они обладают для исполнения своих обязанностей. Стратегия может быть использована, чтобы уточнить функции и обязанности, устранить важные пробелы, запланировать распределение ресурсов в достаточном количестве и определить, как будет работать система в целом.

Существует ли организационная схема?

Организационные схемы могут быть полезным инструментом для определения процессов, уровней подотчетности и потоков информации в системе здравоохранения. Могут существовать организационные схемы, представляющие текущую организацию национальных инициатив в области качества и их взаимосвязь с системой здравоохранения в целом. В рамках процесса вовлечения заинтересованных сторон может быть полезно установить, существует ли общее понимание структур качества в системе, т.к. разные участники могут иметь о них разные представления. При планировании стратегии полезно согласовать и опубликовать организационную схему, после чего провести такую же работу на субнациональном уровне и на уровне учреждений здравоохранения, с тем чтобы уточнить функции и обязанности. Согласование организационных схем может также способствовать дискуссии о том, как будут функционировать в структуре те или иные взаимоотношения, а также о том, существуют ли необходимость в принятии каких-либо мер для укрепления каждого из органов, представленных в схеме.

Существуют ли четкие механизмы подотчетности и ответственности за качество на всех уровнях предоставления услуг?

Для этого необходимо проанализировать, что значит подотчетность на разных уровнях системы здравоохранения, как оценивается качество медицинской помощи в целях развития механизмов подотчетности и какие существующие или целесообразные меры помогут устранить недостатки в системе медицинской помощи, выявленные через механизмы подотчетности. В процессе рассмотрения данного вопроса может быть выявлена необходимость в создании в рамках стратегии новых структур подотчетности или укреплении имеющихся механизмов и предусмотрена возможность реализации стратегии на всех уровнях. Здесь важно понимать, что подотчетность не является односторонним процессом и что при разработке структуры и процессов управления необходимо обеспечить как вертикальное руководство деятельностью по принципу «сверху вниз», так и укрепление взаимосвязей между командами, реализующими улучшения, субнациональными органами и национальными институтами по принципу «снизу вверх».

Какими конкретными обязанностями наделены каждый крупный орган или должностное лицо?

Ответ на этот вопрос также можно получить на этапе вовлечения заинтересованных сторон или в ходе ситуационного анализа. В частности, может быть полезно не только изучить текущую ситуацию, но и определить пробелы или проблемы, имеющие отношение к соответствующим функциям и обязанностям в рамках ключевых составляющих стратегии. Будет полезно, например, изучить функции, полномочия и возможности профессиональных обществ, советов или аналогичных официальных органов, в т.ч. их отношения с министерством здравоохранения, поставщиками и друг другом.

Какие существуют и потребуются ресурсы?

Внедрение организационных изменений и укрепление организационного потенциала в рамках системы здравоохранения в целом может потребовать значительных ресурсов. Полезно определить, какие существуют ресурсы для поддержки управленческих инициатив, в т.ч. в рамках текущих бюджетов основных заинтересованных сторон (например, профессиональных органов), и как их можно при необходимости приоритизировать.

Соответствует ли существующая законодательная база целям стратегии?

Успешное внедрение предлагаемой структуры управления зависит от благоприятности правовой базы. Такая база может существовать в форме законодательства в сфере здравоохранения, нормативных обязанностей профессиональных и регулирующих органов, а также юридических прецедентов по основным вопросам. Однако может возникнуть необходимость в пересмотре или укреплении существующих законов или в создании новых законодательных инструментов, которые будут обеспечивать эффективную реализацию стратегии.

Это может стать сложным или затянутым процессом или не относиться к изначальным приоритетам, но при этом в ходе разработки стратегии важно рассмотреть влияние существующей законодательной базы и потенциальную ценность любых ее усовершенствований.

Как в существующих структурах управления здравоохранением представлены сообщества, организации пациентов, организации на уровне сообществ и религиозные организации?

Состав структур управления будет отличаться, но, тем не менее, в нем должна быть представлена особая группа – «сообщество», т.е. население в целом или бенефициары стратегии в области качества. Несмотря на значение структур руководства и управления, важным участником процесса повышения качества являются конечные пользователи услуг. Необходимо иметь механизм для включения этой группы в процесс разработки стратегии. Не менее существенна ее роль на этапе реализации стратегии и обеспечения подотчетности. В предлагаемой структуре управления должны быть предусмотрены механизмы вовлечения сообщества; это требует направленной работы по наращиванию потенциала системы здравоохранения в части более активного вовлечения населения. Уставы для пациентов могут способствовать расширению роли пациентов и их родственников, взаимодействующих на уровне сообществ. Такие документы должны быть скоординированы с существующими национальными, региональными и локальными законами и нормативными положениями о защите потребителей услуг здравоохранения. Также следует рассмотреть вариант систематического включения представителей сообществ в работу органов управления здравоохранением на национальном, субнациональном уровне и на уровне медицинских учреждений. Кроме того, необходим механизм оценки обратной связи от населения. Подробнее механизмы обратной связи и мониторинга рассматриваются в подразделе 8 («Индикаторы качества и основные показатели»).

| Резюме: управленческая и организационная структура обеспечения качества | |
|---|---|
| Действия рабочей группы по разработке стратегии | Содержание стратегии |
| <ul style="list-style-type: none"> • Тщательно рассмотреть поставленные выше вопросы, чтобы обеспечить эффективный анализ существующих и предлагаемых управленческих и организационных структур обеспечения качества. • Разработать соответствующие практические механизмы подотчетности. • Определить механизмы реализации стратегии на разных уровнях системы здравоохранения. | <ul style="list-style-type: none"> • Определение механизмов управления и подотчетности в рамках стратегии, в т.ч. согласование организационной схемы (при необходимости) и четкое определение роли сообщества. |

6. Методы и мероприятия, направленные на внедрение улучшений

Стратегию можно определить как план, выбранный для того, чтобы создать желательное будущее для достижения определенных целей. В ходе стратегического планирования будет необходимо определить мероприятия по повышению качества, которые помогут реализовать национальные приоритеты и достигнуть целей непосредственно в области качества. Выбор мероприятий по повышению качества должен сопровождаться практичным, эффективным и устойчивым планом реализации.

В процессе разработки и реализации национальной стратегии может все активнее использоваться растущая доказательная база о результатах отдельных мероприятий и их комби-

наций. В литературе по исследованиям служб здравоохранения, клинической медицине и общественным наукам отмечается множество мероприятий, которые сильно отличаются в плане исходных допущений, необходимых ресурсов и контекста, в котором они были реализованы. При этом значительную часть опубликованных данных обеспечивают страны с более высоким уровнем доходов, и такие данные требуют внимательного анализа с учетом разных контекстов, существующих в странах, регионах, штатах или областях, а также сообществах. К сожалению, объем доказательных данных по странам с низким и средним уровнем доходов остается ограниченным. При этом такие данные в большей степени ориентированы на структурные аспекты качества (например, запасы лекарственных средств), которые не всегда дают представление о качестве медицинской помощи (16). Таким образом, важно понимать, что это циклический и развивающийся процесс, требующий постоянной оценки на предмет того, какие мероприятия и рычаги способствуют улучшению результатов в отношении здоровья, а какие не приносят положительных результатов либо приводят к неблагоприятным и непредвиденным последствиям. Даже в отсутствие определенных данных можно использовать имеющийся опыт, знания и научную информацию для определения мер, которые с наибольшей вероятностью помогут добиться улучшений качества. Подобный подход подчеркивает ценность разработки стратегии на основе реализованных инициатив, когда стратегия может быть динамичным документом, отражающим реальный опыт реализации и предыдущих мероприятий в области качества. В некоторых странах могут функционировать местные организации, имеющие опыт улучшений в области качества, и команды учреждений здравоохранения, которые могут стать источником локальных знаний о том, какие усилия могут принести результаты и какие проблемы могут возникнуть при реализации тех или иных инициатив. Учитывая, что данные по реализованным мероприятиям часто ограничены, важной поддерживающей функцией национальной программы качества будет разработка программы активного обучения. В рамках стратегии необходимо рассмотреть, как будут генерироваться доказательные данные и каким образом лучше отслеживать, документировать и распространять информацию об обучении.

Вставка 13. Внешняя оценка, лицензирование и сертификация

Поскольку работа по обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения финансируется государством, растет необходимость в оценке и гарантировании качества услуг, оплачиваемых за счет государственного бюджета. **Внешняя оценка** (например, аккредитация) может включать самостоятельную оценку и внешний анализ деятельности на предмет ее соответствия стандартам и часто является одним из первых этапов национальных инициатив по повышению качества. **Лицензирование** – это утвержденный государством регуляторный процесс выдачи разрешения и определения объема медицинской практики отдельного лица или организации, обычно предшествующий аккредитации. **Сертификация** подразумевает признание государственным, частными или неправительственными органами организаций, отдельных лиц, процессов или объектов, отвечающих определенным условиям, разработанным для процесса сертификации.

Более подробную информацию можно получить у Международного общества по качеству в здравоохранении (International Society for Quality in Health Care, <https://isqua.org>).

В каждой стране инициативы и мероприятия будут отличаться, но при этом существует ряд концепций высокого уровня, актуальных для систем здравоохранения всех государств, которые можно использовать для распространения и организации национальной стратегии. Из множества различных подходов в настоящем документе предлагается три практических подхода к разработке, организации и реализации национальных мероприятий в области качества:

- трилогия Джурана: концепция для понимания «общей картины»;
- выбор мероприятий: определение цели, типа и собственно мероприятий;
- национальный многоуровневый подход: разработка действий на всех уровнях системы здравоохранения.

Трилогия Джурана: общая картина

В программах по повышению качества здравоохранения часто упоминается трилогия Джурана. Трилогия Джурана включает три отдельных, но взаимосвязанных подхода, каждый из которых должен присутствовать в национальной стратегии: планирование качества, контроль качества и улучшение качества¹. Трилогия Джурана может быть полезна для концептуализации различных направлений, прорабатываемых при выборе мероприятий. В контексте здравоохранения трилогия Джурана подчеркивает необходимость в выработке согласованного национального плана и политики, которые зададут направление, а также в разработке оперативных методов, которые обеспечат создание рабочих процессов предоставления услуг здравоохранения, а также достижение и сохранение целевых показателей эффективности.

Данная концепция может оказаться особенно полезной для государств на этапе формирования стратегий качества, учитывая, что все три функции – планирование, контроль и улучшение – являются необходимыми и взаимодополняющими. Так, например, при разработке национальной стратегии в области качества здравоохранения в Либерии три компонента трилогии Джурана были использованы для анализа прошлых и текущих инициатив по повышению качества в секторе здравоохранения и распределения ресурсов в соответствии с выявленными приоритетами. Исторически повышению качества в национальных программах уделялось преимущественное внимание, но важно, чтобы методы и мероприятия включали все три обязательных и взаимодополняющих компонента – планирование, контроль и улучшение. Например, снижение распространенности внутрибольничных инфекций маловероятно без наличия соответствующей политики (планирования), четких механизмов профилактики инфекции и инфекционного контроля (контроль) и необходимых подходов в целях изменения институционального и индивидуального поведения (улучшение).

Вставка 14. Применение трилогии Джурана при выборе мероприятий

Планирование качества

- Как учесть мнения и пожелания пациентов и поставщиков при планировании инициатив в области качества?
- Какие новые продукты и политика необходимы на разных уровнях системы здравоохранения?

Контроль качества

- Существуют ли опубликованные стандарты или руководства?
- Какие системы можно использовать для стимулирования и обеспечения качества деятельности поставщиков и системы?

Улучшение качества

- Какой потенциал существует на разных уровнях системы здравоохранения для определения и устранения недостатков в деятельности?

1. См. определения «планирование качества», «контроль качества», «повышение качества» в глоссарии.

Выбор мероприятий

Вероятно, наиболее сложной задачей в части поддержания и повышения качества является разумный выбор «мероприятий», т.е. вариантов политики, программ, структур и других действий, реализуемых на всех уровнях системы здравоохранения с целью повлиять на показатели здоровья. Это сложная задача для всех стран по множеству причин.

- Имеющиеся данные часто сложно интерпретировать в части эффективности и результативности мероприятий.
- Идеология и убеждения часто выходят на первый план, даже если существуют противоречащие им доказательные данные.
- Может не быть опыта и компетенций, необходимых для разработки тех или иных мероприятий.
- Заинтересованные стороны могут сопротивляться определенным требованиям или изменениям (например, открытая публикация отчетных данных о показателях деятельности).
- Могут отсутствовать ресурсы.

Существует множество вариантов мероприятий в области качества, которое сложно полностью концептуализировать. Организация таких мероприятий может способствовать углублению общего понимания и расширению возможности выбора из взаимосвязанных мероприятий разных стран и разных систем здравоохранения. Мы знаем, что не существует идеальных и безотказных решений и что для повышения качества на постоянной основе необходима комбинация мероприятий, которые будут использоваться одновременно в рамках взаимодополняющей интегрированной стратегии.

«Мероприятие в области повышения качества – это процесс изменений в системах здравоохранения, услугах или поставщиках с целью повышения вероятности оказания медицинской помощи оптимального клинического качества, что будет подтверждаться положительными результатами в отношении здоровья отдельных лиц и населения».

(Агентство исследований и качества здравоохранения).

Иллюстративные мероприятия, представленные в Таблице 3, отобраны по ряду причин. Подобные мероприятия в области качества актуальны во многих странах мира; обычно рассматриваются как варианты действий; их выбор и использование основаны на доказательных данных; они интуитивно обоснованы и могут быть реализованы на разных уровнях от небольших клиник первичной помощи до национальной программы.

При этом мероприятия в области качества нуждаются в тщательном анализе. Представленный перечень не является исчерпывающим. Существует множество других мероприятий, которые можно было бы в него включить. Предлагаемый перечень мероприятий был составлен на основании потенциального влияния на качество посредством снижения вреда, улучшения процессов предоставления услуг здравоохранения непосредственно на уровне контакта с населением и системного наращивания потенциала в части повышения качества. Иллюстративные мероприятия отражают некоторые из вариантов и возможностей, которые могут быть реализованы руководством, специалистами-практиками или политиками, стремящимися к повышению качества медицинской помощи. Мероприятия представлены в максимально простой форме; в частности, в перечне отражены наиболее важные моменты. При этом ни одно из них не будет простым в реализации, и их не следует рассматривать по отдельности – некоторые из перечисленных мероприятий взаимосвязаны и имеют более выраженный результат, когда реализуются совместно.

В силу того, что над вопросами повышения качества помощи работает все больше стран, ожидается, что появится больше доказательств рабочих механизмов в конкретных контекстах, в связи с чем при выборе мероприятий рекомендуется учитывать последние имеющиеся данные, опыт и знание контекста.

Таблица 3. Примеры мероприятий в области качества

| Мероприятие | Определение и применение |
|------------------------|---|
| Системная среда | <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="384 510 1187 640">• Регистрация и лицензирование врачей и других медицинских работников, а также организаций здравоохранения часто считается ключевой детерминантой и одним из основных условий хорошо функционирующей системы здравоохранения. <li data-bbox="384 656 1187 786">• Внешняя оценка и аккредитация означает подтверждение внешним органом (государственным, неправительственным или коммерческим) соответствия деятельности организации ряду ключевых установленных стандартов. <li data-bbox="384 801 1187 1099">• Клиническое управление – это концепция, которая используется для совершенствования процессов руководства, подотчетности и оказания качественной медицинской помощи. Данная концепция включает: клинический аудит, управление клиническими рисками, вовлечение пациентов или пользователей услуг, профессиональное обучение и повышение квалификации, исследования и разработки в области клинической эффективности, использование информационных систем, институциональные комитеты по клиническому управлению. <li data-bbox="384 1115 1187 1312">• Публичная отчетность и сопоставительный анализ – это стратегия, часто используемая для повышения прозрачности и подотчетности в вопросах качества и затрат в системе здравоохранения посредством предоставления потребителям, плательщикам, организациям здравоохранения и поставщикам медицинских услуг сравнительной информации о показателях деятельности. <li data-bbox="384 1328 1187 1592">• Финансирование и договоры с оплатой по результатам деятельности – это широкая концепция, которая предусматривает оплату работы поставщиков медицинских услуг на основе ряда показателей эффективности. В настоящее время данная концепция все активнее используется для целей повышения качества. Часто общая сумма оплаты включает некоторую часть, которая выплачивается при достижении определенных показателей деятельности и выполнении ряда финансовых условий. <li data-bbox="384 1608 1187 1700">• Профессиональная подготовка и контроль кадров – это наиболее распространенные мероприятия по повышению качества медицинской помощи в странах с низким и средним уровнем доходов. <li data-bbox="384 1715 1187 1980">• Регулирование оборота лекарственных средств для обеспечения поставок качественных, безопасных и эффективных лекарственных средств, вакцин и медицинских устройств – одно из важнейших условий эффективного функционирования системы здравоохранения. Регулирование, включая пострегистрационное наблюдение, необходимо для исключения оборота лекарственных средств, не соответствующих требованиям, или фальсифицированных лекарственных средств в соответствии с международными нормами и стандартами. |

| | |
|---|---|
| <p>Снижение вреда</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Проверка учреждений на предмет соблюдения минимальных стандартов безопасности может использоваться в качестве механизма, обеспечивающего наличие базового потенциала и ресурсов в целях поддержания безопасной клинической среды. • Протоколы безопасности, например правила гигиены рук, позволяют исключить множество устранимых рисков, которые угрожают благополучию пациентов и причиняют страдания и вред. • Контрольные перечни для обеспечения безопасности медицинских мероприятий, например, контрольный перечень ВОЗ по хирургической безопасности и контрольный перечень ВОЗ для травматологической помощи, могут способствовать сокращению случаев клинических осложнений и смертности. • Отчетность о неблагоприятных событиях документирует нежелательные медицинские явления у пациента, возникшие в результате получения им определенных медицинских услуг или в процессе нахождения в условиях медицинского учреждения. Данная отчетность должна быть привязана к системе обучения. |
| <p>Повышение качества клинической помощи</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Инструменты поддержки клинических решений выдают данные и информацию о пациенте (в автоматизированном или бумажном виде) в соответствующие моменты времени в целях повышения качества предоставления услуг здравоохранения непосредственно на уровне медицинских учреждений. • Клинические стандарты, маршруты и протоколы – это методические инструменты доказательной медицины, которые применялись на международном уровне на протяжении десятилетий. Клинические маршруты все активнее используются для повышения качества медицинской помощи при различных распространенных заболеваниях. • Клинический аудит и обратная связь – это стратегия повышения качества помощи пациентам посредством отслеживания, соблюдаются ли определенные стандарты и методические рекомендации, а также предоставления конструктивной обратной связи по вопросам клинической практики. • Анализ заболеваемости и смертности представляет собой механизм совместного обучения и прозрачный процесс анализа для клиницистов, который позволяет им проанализировать свою практику и определить направления для совершенствования (например, результаты лечения пациентов и неблагоприятные события) без страха обвинения в некомпетентности. • Совместные и командные циклы улучшений – это официальный метод, предусматривающий объединение ряда команд из больниц или клиник в совместной работе над улучшением определенного направления деятельности в течение фиксированного срока. Все чаще применяются взаимные механизмы обучения между разными организациями здравоохранения. |

Вовлечение и наделение полномочиями пациентов, родственников и сообществ

- **Официальное вовлечение и наделение полномочиями сообществ** подразумевает активное и осознанное участие членов сообщества в охране здоровья населения и деятельности системы предоставления услуг здравоохранения. Может функционировать как дополнительный механизм подотчетности.
- **Грамотность в вопросах здоровья** – это способность и возможность получать и понимать основную информацию о здоровье, необходимую для принятия пациентами, родственниками и сообществами правильных решений в отношении здоровья. Грамотность в вопросах здоровья тесно связана с качеством медицинской помощи.
- **Совместное принятие решений** часто используется для организации медицинской помощи с учетом нужд и предпочтений пациентов, с тем чтобы повысить соблюдение пациентами назначенного лечения и свести к минимуму обращение за помощью в будущем в отсутствие такой необходимости.
- **Поддержка по принципу «равный равному» и экспертные группы пациентов** обеспечивают связь между пациентами с аналогичными заболеваниями с целью обмена знаниями и опытом. Обеспечивают эмоциональную, социальную и практическую поддержку в целях повышения качества клинической помощи.
- **Опыт получения помощи пациентами** рассматривается как основа для разработки улучшений в клинической помощи. Показатели, сообщаемые пациентами, важны сами по себе: пациенты, получившие положительный опыт, активнее участвуют в оказании им медицинской помощи, что может способствовать достижению лучших результатов.
- **Инструменты самопомощи для пациентов** – это технологии и методы, используемые пациентами и родственниками для решения проблем здоровья за пределами официальных медицинских учреждений. Все чаще рассматриваются как средство повышения качества клинической помощи.

Национальный многоуровневый подход к качеству

На множестве иерархических уровней в каждой стране присутствует ответственность за качество услуг здравоохранения. Выделяется не менее пяти уровней, на которых осуществляется деятельность и устанавливается связанная с этим ответственность за качество услуг (17-19). При этом могут быть определены и другие уровни ответственности в зависимости от существующих условий, например, в странах, где управление системой здравоохранения осуществляется в значительной степени на субрегиональном уровне. При выборе мероприятий можно предварительно определить требуемые функции по уровням системы здравоохранения, чтобы обеспечить комплексность стратегии и ее соответствие локальным условиям. Пять уровней представлены ниже (Рис. 3).

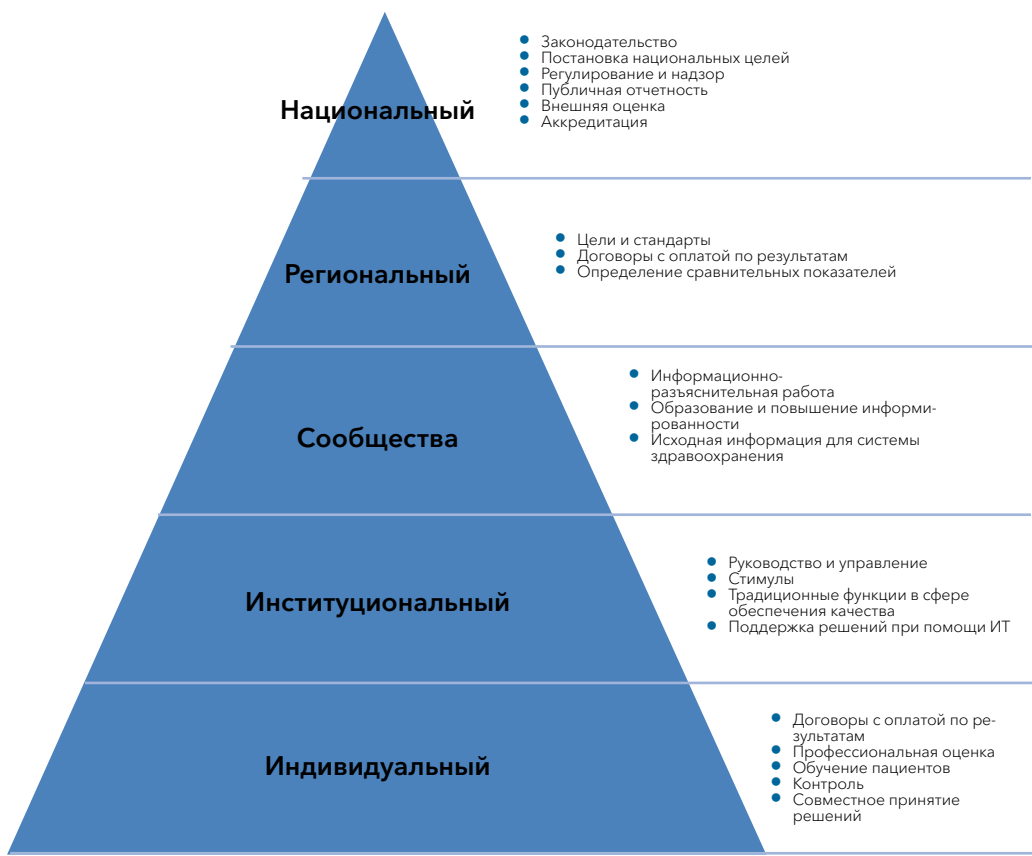
- Функции на национальном уровне включают разработку политики, создание и развитие инфраструктуры, выделение и распределение ресурсов, а также подотчетность перед общественностью.
- На субнациональном уровне (регион, область, район) функции обычно включают обоснование национальной политики с учетом потребностей региона, а также макроменеджмент и мониторинг деятельности.
- Сообщества часто обладают уникальной возможностью действовать в коллективных интересах пациентов и граждан посредством выражения своей позиции, реализации управленческих функций в рамках механизмов гражданского общества, а также мони-

торинга и обеспечения подотчетности.

- Институциональные организации (больницы, клиники, диспансеры) несут ответственность за качественное управление, компетентную работу и руководство в целях удовлетворения потребностей пациентов, родственников и сообщества.
- На уровне непосредственного взаимодействия между медицинским работником и пациентом медицинская помощь должна быть эффективной, безопасной и ориентированной на человека.

Некоторые функции могут присутствовать на разных уровнях (например, программа обучения, лидерство и управление данными).

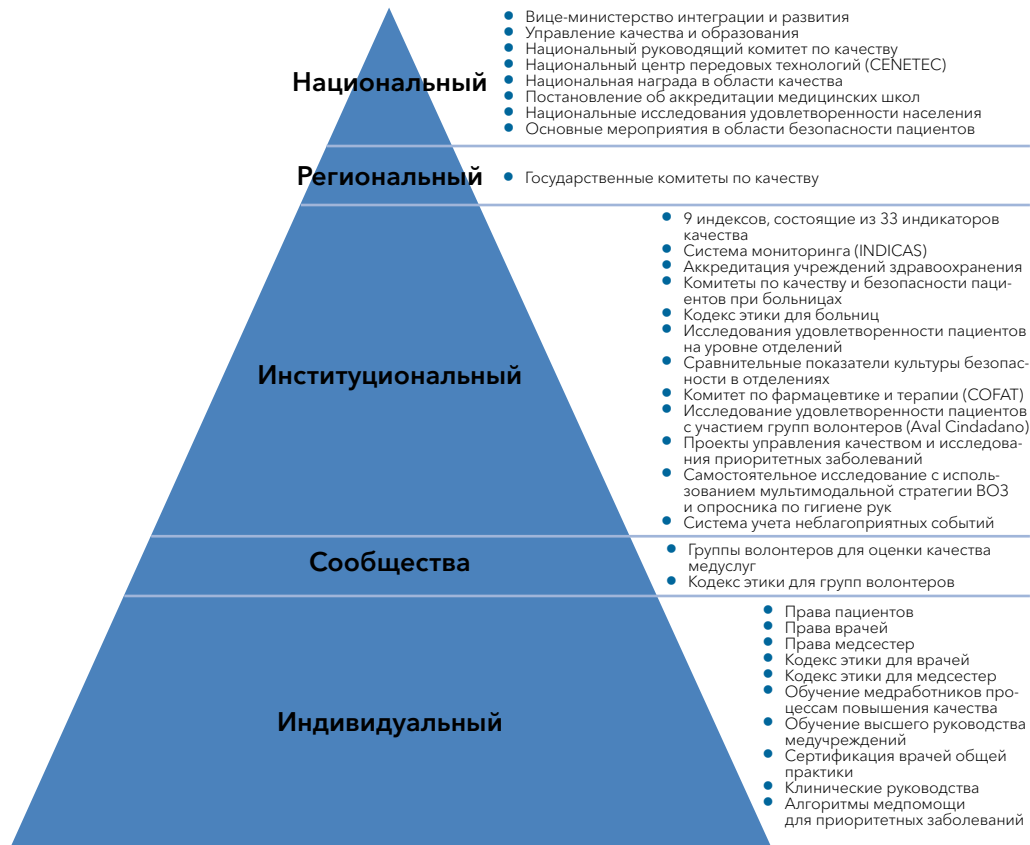
Рис. 3. Примеры деятельности на пяти уровнях иерархии



Источник: Адаптировано на основе работ Сазерленда и Лезермана.

На Рисунке 4 приведен пример «пирамиды» системы здравоохранения из проекта национальной стратегии в области качества Мексики, опубликованного в 2016 году. К подобной пирамиде может быть применена рамочная основа для разработки мероприятий, чтобы понять, какие конкретные действия на всех пяти уровнях создают комплексную, системную стратегию качества.

Рис. 4. Рамочная основа для разработки мероприятий на каждом уровне иерархии: Мексика



Источник: Национальная стратегия в области качества Мексики, 2016 г.

| Резюме: мероприятия, направленные на внедрение улучшений | |
|--|---|
| Действия рабочей группы по разработке стратегии | Содержание стратегии |
| <ul style="list-style-type: none"> • Спланировать процесс отбора мероприятий по повышению качества. Процесс может включать обзор имеющихся доказательных данных, вовлечение заинтересованных сторон для получения информации о реализации текущих инициатив и использование таких подходов, как трилогия Джурана, параллельно с участием технических экспертов. • Определить мероприятия в соответствии с установленными целями и приоритетами, чтобы работа была направлена на их достижение и реализацию. • Подробно проанализировать примеры мероприятий, чтобы обеспечить их практическую и реализуемость. • Определить ответственных за реализацию. | <ul style="list-style-type: none"> • Обзор выбранных мероприятий, а также того, как они способствуют реализации установленных приоритетов. • Подробное описание мероприятий, включая требования к ресурсам, временные графики и ответственность за реализацию; это может быть освещено подробнее в оперативном плане. |

7. Системы управленческой информации и данных в области здравоохранения

Информационные системы здравоохранения – необходимое условие для преобразования процессов предоставления услуг здравоохранения (20), что является основной целью любой национальной стратегии в области качества. Соответственно, для разработки стратегии необходимо четкое понимание систем данных. Повышение качества всегда зависит от наличия четких и точных данных о показателях деятельности на уровне практикующих специалистов и поставщиков или на уровне населения в целом. Таким образом, в процессе разработки национальной стратегии в области качества будут неизбежно определены системы, необходимые для сбора данных, оценки показателей и формирования отчетности, а также механизмы обратной связи для повышения качества.

Большинство стран мира, в том числе многие страны с высоким уровнем доходов, признают, что их системы информации здравоохранения неидеальны в части источников данных и показателей. Так же верно то, что данных всегда достаточно, чтобы как минимум начать работу. Как правило, важные исходные данные существуют в той или иной форме и в том или ином объеме, однако полнота и точность таких данных в разных странах и на разных уровнях системы здравоохранения неодинаковы (например, данные больниц часто превосходят по качеству данные первичной помощи). Во Вставке 15 приведены примеры вопросов, которые можно использовать для оценки имеющихся источников данных.

Вставка 15. Примеры основных вопросов для оценки имеющихся источников данных

- Какие источники данных существуют в настоящий момент (например, СУИЗ, донорские организации)?
- Насколько полны и точны данные?
- Какие показатели собираются каждым источником данных?
- Какие факторы необходимо принимать во внимание при использовании медицинских карт пациентов (например, доступность, точность)?
- Как организуется «движение» данных (кто собирает, в каких целях, куда сообщаются данные)?
- Имеется ли обратная связь с учреждениями и индивидуальными поставщиками?
- Существуют ли рамочные основы для оценки показателей?
- Для каких из существующих стандартов помощи или протоколов разработаны конкретные количественные целевые показатели?

В силу растущих требований со стороны общественности к прозрачности и подотчетности системы здравоохранения во всем мире стремительно развиваются механизмы обратной связи и отчетности в отношении данных. Учитывая сложность и затратность процессов оценки и публикации данных о результатах деятельности, а также сопутствующие репутационные вопросы, важно четко определить цели и принципы, например: (а) основная целевая аудитория (регуляторы, поставщики, пациенты, которые будут вовлечены в процесс или для которых он будет иметь последствия); (б) целевое назначение (для поставщиков в целях повышения качества медицинской помощи пациентам или для регуляторов в целях контроля соблюдения стандартов); и (с) защита данных (например, защита отдельных поставщиков от раскрытия информации и возможности их установления в результате сбора и использования данных о показателях деятельности, при одновременном сохранении механизмов подотчетности в системе).

Необходимость в устранении дефицита данных и сложность информационных систем здравоохранения могут создавать избыточную нагрузку для тех, кто занимается разработкой и внедрением информационной системы, которая сможет поддержать национальную стратегию качества. Разработчикам политики и стратегии на данном этапе потребуются существенная помощь технических специалистов. Разбивка задачи на компактные подзадачи может помочь в определении стратегических действий. Это подразумевает: понимание текущей ситуации, определение идеального состояния, а затем разработку плана по достижению будущего идеального состояния системы в отношении данных и измерения показателей на разных уровнях системы здравоохранения.

Текущее состояние процессов сбора, оценки и анализа данных на разных уровнях системы здравоохранения

Первый этап заключается в определении того, какие данные будут собираться, как получить к ним доступ и, что немаловажно, как обеспечить их совместимость, чтобы можно было оценивать качество по разным направлениям деятельности. Например, необходимо установить взаимосвязи между системой снабжения, расходом запасов на уровне учреждений и качеством оказания помощи. Важным потенциальным источником данных для мониторинга качества является обычная СУИЗ (возможно, в электронной форме), которая дает доступ к данным на разных уровнях системы здравоохранения (например, широко используемая система DHIS 2). Другие данные, собираемые на регулярной основе для оценки и выявления пробелов в целях повышения качества, могут включать результаты контрольных визитов или финансовые данные страхования. К другим полезным источникам данных, которые собираются с меньшей периодичностью, относятся стандартизированные исследования готовности учреждений (например, оценка предоставления услуг, оценка наличия и готовности услуг,

показатели предоставления услуг), обследования домохозяйств на предмет охвата целевыми услугами или заболеваемости (например, кластерное обследование по множественным показателям; водоснабжение, санитария и гигиена) или более широкие источники данных (например, демографические и медицинские обследования). Более того, могут существовать специализированные системы данных, которые способствуют повышению качества, например, местные медицинские обследования, подробнее анализирующие отдельные вопросы. Во Вставке 16 перечислены различные источники данных для оценки качества, доступные в большинстве или во всех странах.

Вставка 16. Потенциальные источники данных для оценки качества, доступные во многих странах

Индивидуальные медицинские карты пациентов (бумажные или электронные)

Обычная СУИЗ

Обследования организаций здравоохранения:

- стандартизированное национальное обследование (выборка);
- текущий контроль или мониторинг;
- внешняя оценка, инспекции и аккредитация.

Обследования домохозяйств

Программы страхования

Вопросники для пациентов и населения, онлайн-опросы или исследования

Медицинская документация (на уровне учреждения или сообщества)

Другие данные, собираемые на регулярной основе, включая оценку показателей деятельности и наблюдение в целях поддержки

Однако в существующих источниках часто отсутствуют определенные данные. К ним относятся: качество опыта и удовлетворенность пациентов; компетентность медицинских работников; руководство, координация и непрерывность оказания помощи между разными учреждениями; качество услуг в частном секторе; качество помощи на уровне сообщества. Важным условием укрепления СУИЗ как части всеобъемлющей стратегии в области качества является работа, которая обеспечит оценку таких показателей на более регулярной основе.

В процессе оценки текущего состояния процессов сбора, оценки и анализа данных важно учитывать не только то, какие источники существуют, но и как данные используются. Например, на каких уровнях системы здравоохранения проводится сопоставление и анализ данных, и существуют ли механизмы обратной связи с системой, которые используются для корректировки поведения, целей, приоритетов и показателей? Также важно отметить, являются ли отдельные части существующей системы, включая системы данных программ по отдельным заболеваниям, взаимодополняющими и сопоставимыми, или же система обременена противоречащими или дублирующими данными от разных заинтересованных сторон.

Определение «идеального состояния»

Существует пять основных интегрированных уровней аналитики и отчетности, необходимых для поддержки национальной системы качества:

- национальная иерархическая система сбора данных и отчетности (СУИЗ);
- массивы данных, отражающие качество на разных уровнях системы здравоохранения;
- системы поддержки клинических решений и управления знаниями для кадров;
- системы мониторинга качества и обратной связи для оценки соответствия индивидуальных показателей стандартам или целям и сравнительным данным;
- отчетность в целях обеспечения прозрачности и подотчетности.

Разработчики стратегии при участии специалистов в области данных и информации могут определить минимальные требования к информационной системе по каждой из перечисленных задач с учетом установленных для стратегии приоритетов.

Разработка плана по достижению будущего идеального состояния

Нет необходимости ждать устранения недостатков в информационных системах и данных, которые присутствуют повсеместно. Можно начать с имеющегося объема данных и при этом работать над реализацией долгосрочного плана по развитию системы сбора и анализа данных. Существующие информационные системы здравоохранения и данные, независимо от того, насколько они могут быть ограничены, могут стать основой для установления приоритетов и разработки стратегии. Параллельно в рамках стратегии могут быть утверждены планы по дальнейшему укреплению системы данных в целях устранения пробелов в существующих источниках, в том числе необходимые для достижения идеального состояния. Очевидно, что достигнуть идеального состояния может быть сложно и ресурсозатратно, и поэтому одним из приоритетов в таких планах может стать разработка новых систем для успешной реализации стратегии в области качества, а также оценка необходимых ресурсов. В качестве приоритетных могут быть определены меры, которые будут способствовать укреплению существующих систем, а не созданию новых процессов, а также меры, важные для поддержки других приоритетных мероприятий, обозначенных в стратегии (например, финансирование по результатам работы требует надежной оценки показателей деятельности поставщиков).

Для многих стран существенной проблемой является наличие слишком большого количества данных переменного качества, т.е. пробелы в оценке важных показателей, включая компетентность поставщиков и опыт пациентов. Существует острая необходимость в повышении качества данных, т.е. их точности, полноты и практического значения. Также многим странам необходимо работать над выявлением и оценкой критических направлений, в которых данные в настоящий момент не собираются, и одновременно отказываться от обременительных процессов сбора и оценки тех данных, которые не используются и имеют низкий приоритет.

Полноценная оценка существующих систем данных и информации и планирование улучшений, вероятнее всего, потребуют специализированной технической поддержки, которая может выходить за пределы компетенции разработчиков национальной стратегии в области качества. В таком случае роль стратегии заключается не в том, чтобы представить подробный план совершенствования таких систем, но в том, чтобы обеспечить четкое понимание их значения и реализацию первых шагов в целях определения и устранения критических пробелов.

Резюме: системы управленческой информации и данных в области здравоохранения

| Действия рабочей группы по разработке стратегии | Содержание стратегии |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Проанализировать текущее состояние процессов сбора, оценки и анализа данных на разных уровнях системы здравоохранения • Определить «идеальное» состояние • Разработать план по достижению будущего идеального состояния | <ul style="list-style-type: none"> • Обзор требуемых улучшений в системе данных и информации и сроков их реализации • Описание того, как будут использоваться существующие системы для оценки качества, мониторинга показателей деятельности поставщиков и специалистов и поддержки принятия решений |

8. Индикаторы качества и основные показатели

Реализация политики на практике требует, чтобы страны определили основные показатели качества на всех уровнях медицинской помощи и по всем направлениям обеспечения качества. В настоящее время все страны оценивают многие компоненты своей системы здравоохранения, часто посредством мониторинга и оценки и с использованием обычной СУИЗ, как описано в подразделе 7 выше, а также с параллельным использованием систем, предоставленных донорскими организациями. Тем не менее, все чаще отмечается необходимость в гармонизации показателей и систем с целью повышения качества информации, определяющей развитие политики, а также процессов принятия решений и совершенствования услуг здравоохранения.

Чтобы данный процесс был эффективным, требуется участие ряда ключевых заинтересованных сторон, обладающих определенными навыками, и координация их действий. К ним относятся лица, ответственные за формирование политики и управление предоставлением услуг, медицинские работники, СУИЗ/ИТ и специалисты по мониторингу и оценке, а также, что немаловажно, более широкое сообщество пациентов и гражданское общество. Кроме того, все чаще отмечается необходимость полного включения частного сектора, с тем чтобы оценка качества и соответствующая отчетность касалась всех категорий обслуживаемого населения.

В настоящем разделе, который следует читать параллельно с подразделом 7 выше, представлены размышления о том, как определить стратегическое направление процесса оценки качества, ориентировочные наборы показателей качества, планируемые работы по обеспечению максимального использования данных, а также некоторые направления, в которых требуются более подробные исследования. Оценка качества медицинской помощи как направление деятельности развивается стремительно. Будут постоянно появляться инструменты и ресурсы, повышающие практическую ценность процессов сбора и оценки данных и подготовки отчетности.

Комплексная стратегия в области качества включает план по мониторингу качества, механизмы обратной связи и общую оценку прогресса в достижении национальных целей. Задача национальных индикаторов качества заключается в оценке целей высокого уровня посредством набора индикаторов, которые можно использовать для оценки успеха самой стратегии и для поддержки усилий на каждом уровне системы здравоохранения в целях реализации улучшений. К функциям оценки национальных усилий в области качества относятся:

- мониторинг соблюдения стандартов и методических указаний;
- обратная связь для поставщиков по мерам повышения качества;
- прозрачность и подотчетность перед общественностью;
- сравнительное сопоставление данных;
- стратегические закупки и заключение договоров, а также закупки и заключение договоров на основании стоимости;
- мониторинг эффективности мероприятий по обеспечению качества.

Одной из основных задач любой национальной стратегии в области качества является наращивание потенциала в сфере оценки, что требует создания национальной рамочной основы для индикаторов качества. Выбор индикаторов для такой основы должен базироваться на приоритетах и потребностях страны, а также существующем потенциале и возможностях в сфере данных. Процесс разработки рамочной основы в разных странах будет отличаться. Ниже, однако, приводится ряд важных шагов, которые помогут в ее разработке.

Обзор глобальных и экспертных иллюстративных индикаторов

Многие страны проводили работу по отбору индикаторов, которые можно собирать надежным и эффективным способом и которые действительно отражают состояние и качество медицинской помощи и полезны для мероприятий по повышению ее качества. В поддержку

такой работы ряд организаций создали экспертные группы для разработки наборов индикаторов, в т.ч. информации о том, как можно организовать их сбор и использование. Разработчикам национальной стратегии в области качества может быть полезно ознакомиться с такими иллюстративными перечнями, чтобы определиться с выбором индикаторов, соответствующих целям и приоритетам стратегии. Дополнительная информация об иллюстративных наборах индикаторов представлена в источниках, приведенных в справочнике. Вероятно, что в рамках текущей глобальной работы по повышению качества медицинской помощи будут разработаны и другие наборы индикаторов.

Каталогизация и оценка существующих индикаторов качества

Чтобы обеспечить максимально эффективное использование существующих систем и их соответствие национальным приоритетам в области здравоохранения, важно каталогизировать и понять существующие индикаторы качества, собираемые в странах, а также системы данных, в которых такие индикаторы используются или из которых извлекаются данные. Крайне важно отследить, обеспечивается ли эффективное использование данных в настоящее время, то есть собираются ли данные для оценки индикатора и существует ли цикл обратной связи, включающий анализ, отчетность, обучение и внесение изменений в целях улучшения показателей деятельности. Для понимания текущего состояния систем данных и индикаторов качества важны следующие шаги.

1. Каталогизировать различные существующие источники данных, которые можно использовать для индикаторов качества. Такие источники могут включать СУИЗ, данные донорских организаций, клинические реестры, опросы пациентов и отчеты по результатам аккредитации.
2. Уточнить, как рамочные основы в отношении показателей и индикаторов качества используются в настоящее время.
3. По каждому источнику данных каталогизировать показатели качества, собираемые в настоящее время.
4. Категоризировать данные по точности и полноте.

После проведения анализа и оценки текущего состояния систем данных и индикаторов качества может быть разработана новая или скорректированная существующая рамочная основа в соответствии с задачами национальной стратегии в области качества. При разработке национальной рамочной основы для показателей качества в рамках национальной стратегии рекомендуется использовать, насколько это возможно, существующие показатели качества, с тем чтобы новая рамочная основа соответствовала текущим системам отчетности, а также с тем чтобы свести к минимуму генерирование избыточных данных. Для этого процесса можно использовать 10 критериев, представленных во Вставке 17, которые помогут определить приоритетность существующих индикаторов или показателей качества для их включения в национальную рамочную основу.

Вставка 17. Десять критериев оценки индикаторов качества для составления набора основных индикаторов

Приоритет в сфере здравоохранения. Обеспечивает ли индикатор количественное измерение в рамках конкретного приоритетного направления здравоохранения?

Охват. Какой охват имеет данный индикатор (например, клинические результаты на уровне населения)?

Доказательность. Имеются ли убедительная доказательная база, на которой основывается индикатор?

Обоснованность. Обоснован ли индикатор с научной точки зрения и с точки зрения приоритетов основных лиц, ответственных за принятие решений?

Реализуемость. Мониторинг каких индикаторов легко наладить, учитывая уже собранные данные, и насколько легко это сделать?

Точность. Точны ли данные, собранные по индикатору?

Возможность практического применения. Можно ли реализовать на основе индикатора конкретные действия и изменения в индивидуальном, институциональном поведении или поведении системы?

Сопоставимость. Сопоставим ли индикатор с неким «золотым стандартом» или показателями других стран региона?

Достоверность. Является ли индикатор достоверным для тех, кто должен предпринимать действия, а также для тех, чья деятельность оценивается и сравнивается?

Четкость. Описан ли индикатор в четких и недвусмысленных понятиях?

Концептуальные рамочные основы для отбора индикаторов качества

Существует ряд способов концептуализировать процессы оценки качества на разных уровнях системы здравоохранения, чтобы способствовать разработке комплексной рамочной основы для оценки качества. К таким способам относится определение, в частности, следующего:

- **основные аспекты или направления обеспечения качества:** например, приведенные в разделе «Определения» в настоящем руководстве или ряд направлений, определенных на местном уровне;
- **структура/процесс/результат:** три главных направления работы по обеспечению качества, выделенные Донабедианом: структура (включая системы), процесс и результаты (в отношении здоровья, опыта и удовлетворенности пациентов) (21);
- **организация системы здравоохранения:** включая уровень медицинской помощи (первичной, вторичной, третичной), структуры управления (уровень учреждения, районный, национальный уровень и т.д.) и непрерывность оказания помощи (вплоть до паллиатива);
- **группы заболеваний и населения:** важные причины бремени болезней и основные группы населения, подверженные таким заболеваниям.

Разработчики стратегии могут рассмотреть данные концептуальные основы, чтобы определить аспекты, которые будут учитываться в рамочной основе для оценки качества. Может быть проведено определение показателей из иллюстративных перечней и существующих национальных наборов индикаторов, соответствующих каждому аспекту, включая определение пробелов, которые могут быть устранены за счет разработки новых показателей.

Резюме: индикаторы качества и основные показатели

| Действия рабочей группы по разработке стратегии | Содержание стратегии |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Рассмотреть глобальные и экспертные перечни индикаторов • Каталогизировать и оценить существующие национальные индикаторы качества • Определить основные этапы разработки национальной рамочной основы для оценки качества • Определить существующие и предлагаемые показатели качества в соответствии с рамочной основой и запланировать разработку специализированных показателей для устранения пробелов | <ul style="list-style-type: none"> • Проект национальной рамочной основы для оценки качества • План мониторинга, оценки и обеспечения подотчетности • Уточнение показателей по результатам тестирования предварительного набора и устранение пробелов |

РАЗРАБОТКА ОПЕРАТИВНОГО ПЛАНА ДЛЯ РЕАЛИЗАЦИИ

Национальные стратегии в области качества могут быть дополнены оперативными планами, в которых подробно описываются практические шаги, ресурсы, обязанности и сроки реализации стратегии. Разработка таких планов будет осуществляться на основе тех же процессов, которые используются в восьми составляющих разработки НПСК, с акцентом на способы реализации определенных в плане действий.

Обзор и обоснование

Разработка политики, а затем национальной стратегии в области качества – это сложный процесс. Оперативный план четко определяет этапы и задачи, которые должны быть реализованы, функции и обязанности, сроки, а также вопросы финансирования и ресурсов. Каждая страна разрабатывает оперативный план на определенный срок по своему выбору, часто предпочитая краткосрочные мероприятия долгосрочным и устанавливая основные этапы реализации такого плана. Оперативный план может в значительной степени способствовать распространению и реализации стратегии и обеспечить, чтобы документ не оставался «лежать на полке». Он также может способствовать разработке на основе национальной стратегии субнациональных оперативных планов в целях повышения активности и ответственности заинтересованных сторон за реализацию стратегии на разных уровнях системы, что подчеркивает необходимость в обеспечении тесной взаимосвязи между национальными и субнациональными планами. Если сама стратегия нацелена на обеспечение эффективного взаимодействия между разными заинтересованными сторонами в системе здравоохранения, определение целей и приоритетов в области качества, а также основных рычагов для достижения таких целей, оперативный план глубже определяет конкретные задачи, функции, сроки и финансовые аспекты. Образец оперативного плана приведен в прилагаемом справочнике инструментов.

Когда и как разрабатывается оперативный план?

Часто оперативный план разрабатывается после официального утверждения политики и стратегии структурой (управление, подразделение, рабочая группа), ответственной за обеспечение и повышение качества. В стране может существовать собственный процесс разработки оперативных планов. Во многих случаях это годовые планы, соответствующие

циклу планирования национального бюджета. На высоком уровне оперативный план, который поддерживает определенное национальное направление в сфере обеспечения качества, должен начинаться с перечисления общих целей и задач, установленных политикой и стратегией. В оперативном плане могут быть рассмотрены следующие моменты: (а) с чего начинать (например, существуют ли определенные тесты или пилотные проекты в конкретных географических локациях, с которых необходимо начинать работу); (б) уровень системы здравоохранения (например, национальные инициативы или инициативы на уровне штата или на местном уровне); и (с) сроки и план распространения и масштабирования мероприятий до национального уровня.

При разработке оперативного плана важны сотрудничество, взаимодействие и участие всех уровней системы здравоохранения. Конкретные реализованные действия будут распространены на национальном, региональном, районном уровне, а также на уровне сообществ и учреждений.

Какие составляющие должен включать оперативный план?

На высоком уровне оперативный план должен отвечать на следующие вопросы, т.к. они относятся к общим целям и задачам национальной стратегии в области качества:

- Какие задачи необходимо решить? Какие действия необходимо предпринять?
- Как определить приоритетность задач или действий, если ресурсы ограничены?
- Кто несет ответственность за выполнение каждой задачи или действия?
- В какие сроки должны быть выполнены задачи или действия?
- Какие ресурсы необходимо выделить для выполнения каждой задачи или действия и в каком количестве?
- Какие показатели необходимо собирать (например, ежеквартально) в течение срока реализации оперативного плана для оценки его успешности и эффективности?

Приоритетность задач или действий в рамках оперативного плана может быть определена на основе мероприятий, обозначенных в политике и стратегии в области качества, а также на основе четкого понимания текущего состояния качества и существующих активов. В среднем оперативный план разрабатывается на один-два года, хотя в разных странах данный период может отличаться.

ИНТЕГРАЦИЯ ТЕХНИЧЕСКИХ ПРОГРАММ С НПСК

Главной целью любой национальной стратегии в области качества является достижение более высоких результатов в отношении здоровья и повышение эффективности системы здравоохранения по таким показателям качества, как эффективность, безопасность, ориентированность на пациента, оперативность, затратоэффективность и справедливость. Для достижения этих целей необходимо разработать политику, которая создаст благоприятную среду, устранить недостатки в системе предоставления услуг и объединить работу по повышению качества и оценке показателей в рамках программ здравоохранения по определенным заболеваниям или группам населения, которые существуют в каждой стране (вертикальные или технические программы).

Несмотря на обязательное определение приоритетов, национальная стратегия в области качества должна быть комплексной и должна охватывать все потребности населения и здравоохранения. Целенаправленная интеграция национальной стратегии с техническими программами и программами по отдельным заболеваниям позволяет использовать существующие преимущества и возможности технических программ в сфере обеспечения качества и гарантирует, что такие программы не будут функционировать вне поля зрения национальной стратегии. Более того, интеграция технических программ может способствовать активизации взаимодействия с донорскими организациями, использованию в страте-

гии опробованных на практике локальных решений и повышению затратоэффективности использования ограниченных ресурсов. Для технических программ в интеграции с национальной стратегией есть свои преимущества, например, возможность расширить работу посредством национальной программы, доступ к национальной инфраструктуре здравоохранения и улучшение результатов программы за счет усиления системы.

Технические программы, как долгосрочные (например, по охране здоровья матери и ребенка), так и реализуемые при поддержке донорских организаций (например, программы по борьбе с ВИЧ), могут одновременно решать задачу организации и предоставления отдельных услуг здравоохранения и систематического улучшения и оценки здоровья населения. Такие программы, даже в странах с низким и средним уровнем доходов, часто обладают потенциалом в плане повышения качества еще до внедрения национальных стратегий качества. В частности, технические программы могут включать методические указания и стандарты, маршруты оказания помощи пациентам, постоянный мониторинг результатов в отношении здоровья пациентов и постоянное использование индикаторов качества и безопасности.

Интеграция технических программ – это всегда двусторонний процесс: в национальных стратегиях в области качества должны учитываться направления работы, активы и выводы существующих технических программ, а существующие технические программы должны выполняться с учетом национальных процессов и приоритетов в области качества.

Понятно, что степень интеграции технических программ с национальными стратегиями качества может широко варьироваться. Варианты интеграции включают:

- *Техническая программа включается в национальную стратегию качества полностью.* Это обеспечивает максимальное соответствие целям национальной программы, но, скорее всего, возможно только для существующих государственных программ, основной целью которых является обеспечение качества медицинской помощи (например, может существовать национальная программа по повышению качества охраны здоровья матери и ребенка, которую можно легко интегрировать в системную работу).
- *Технические программы могут быть «первопроходцами» по отношению к национальной стратегии в области качества.* По данному сценарию технические программы могут использоваться для запуска или тестирования стратегии на местах и последующего расширения ее охвата с использованием программ, для которых были выделены достаточные ресурсы. В таких случаях необходимо обеспечивать, чтобы в стратегии не доминировала какая-то одна техническая область и чтобы достигаемая польза была системной.
- *Национальная стратегия в области качества и технические программы могут быть связаны на стратегическом уровне.* В данном сценарии технические программы сохраняют оперативную автономность, но совместное стратегическое планирование обеспечивает эффективное использование ресурсов и достижение общих целей. Технические программы должны содержать прямые ссылки на национальную стратегию качества и учитывать ее приоритеты в будущих процессах планирования.
- *Подтверждаются существующие технические программы; разрабатываются планы будущей интеграции.* Учитывая сложности, связанные с интеграцией множества программ, первым практическим шагом в рамках национальной стратегии в области качества может быть анализ и подтверждение соответствующих технических программ в целях предотвращения дублирования или расхождений в целях и направлениях деятельности. Может быть предусмотрена постепенная корректировка технических программ в соответствии с национальной стратегией качества. При этом сама стратегия может включать конкретные задачи по планированию и проведению интеграции.

Тип интеграции может отличаться для разных стран и технических программ, но первые шаги, которые могут быть предприняты разработчиками стратегии, включают:

- определение соответствующих технических и вертикальных программ в рамках ситуационного анализа и определения заинтересованных сторон;
- привлечение соответствующих партнеров по реализации на раннем этапе, включая консультации со специалистами технических программ по вопросам применения стратегии в области качества, оценка возможности оказания поддержки в реализации стратегии в рамках программ и обсуждение вариантов интеграции;
- определение направлений, в которых предлагаемая национальная стратегия в области качества дублирует цели и направления работы технических программ или расходится с ними;
- использование опыта технических программ и технических ноу-хау в сфере качества в новой или разрабатываемой национальной стратегии в области качества;
- интеграция систем данных и показателей из технической программы в национальную рамочную основу для показателей качества и системы данных по качеству;
- обеспечение взаимного обучения в рамках мероприятий в области качества, реализуемых в разных технических программах, посредством стратегического контроля качества на национальном уровне;
- разработка плана координации и интеграции, включая согласованную совместную программу работ, анализ бюджетных ограничений и возможностей или график дальнейших консультаций.

ЧАСТЬ III

ИНСТРУМЕНТЫ И РЕСУРСЫ

Общая информация

В настоящем руководстве приводится обзор общей информации, обоснование и процесс реализации мероприятий по разработке национальной политики и стратегии в области качества медицинской помощи, а также предлагается содержание документов, в которых будут изложены такая политика и стратегия. Практическая реализация приведенных рекомендаций потребует более тщательного анализа каждой из составляющих. Более того, разные страны имеют разные потребности, приоритеты, возможности, ресурсы и процедуры по разработке политики и стратегии. Соответственно, поддержка, необходимая на каждом этапе процесса, обязательно будет отличаться. Подробный анализ каждой составляющей процесса НПСК может быть осуществлен разными способами, например, с привлечением внешних экспертов или с использованием дополнительных инструментов и ресурсов.

К продуктам, которые могут быть полезны разработчикам национальной политики и стратегии в области качества, относятся: ситуационные исследования в стране, глобальные руководства ВОЗ и других организаций, обзоры литературы, а также специальные инструменты, которые могут быть адаптированы и использованы для развития дискуссии и сбора данных. Ряд таких ресурсов был создан ВОЗ, техническими организациями, академическими институтами и самими странами, при этом многие из них публикуются бесплатно. Некоторые ресурсы могут касаться непосредственно вопросов качества медицинской помощи. Другие могут носить более общий характер, но, тем не менее, сохранять актуальность для процесса (например, инструменты для проведения ситуационного анализа или оценки информационных систем здравоохранения).

В настоящем разделе руководства не приводятся инструменты и ресурсы для непосредственного использования, учитывая, что многие из них очень объемны и содержатся в уже опубликованных документах. Вместо этого в руководстве разъясняется, каким образом можно получить доступ к инструментам и ресурсам, провести отбор и использовать их для разработки и реализации НПСК, а также приводится обзор справочника инструментов и ресурсов, которые можно использовать параллельно с настоящим руководством.

Прилагаемый справочник инструментов и ресурсов – это более подробный документ, содержащий обзор отдельных инструментов и ресурсов, которые могут быть полезны в процессе разработки НПСК. Справочник, а также инструменты и ресурсы доступны на сайте Глобальной лаборатории материалов ВОЗ.

Поиск, отбор и использование инструментов для поддержки процесса НПСК

Справочник, прилагаемый к настоящему руководству, содержит перечень отдельных инструментов и ресурсов для приоритетных направлений процесса НПСК и будет дополняться в будущем, но не является исчерпывающим перечнем всех соответствующих продуктов. Во многих случаях разработчикам национальной политики и стратегии в области качества может быть полезно найти и адаптировать определенные инструменты или разработать новые инструменты, отвечающие задачам их процесса НПСК (например, относящиеся к конкретной составляющей НПСК, техническому направлению или доступные на местных языках). Подобная работа необязательно должна быть сложной или методологически строгой и может быть проведена относительно быстро с целью ускорить процесс в целом, а не создать ненужную дополнительную нагрузку. Во Вставке 18 приведены некоторые потенциальные источники инструментов и ресурсов.

Вставка 18. Потенциальные источники инструментов и ресурсов

- Справочник инструментов и ресурсов НПСК
- Научная литература
- Сайт Всемирной организации здравоохранения
- Специализированные технические организации (сайт или прямой контакт)
- Научные организации
- Профессиональные организации
- Другие разработчики политики или стратегии в области здравоохранения
- Документы по НПСК, имеющиеся в других странах

Ниже приведены предлагаемые шаги по определению дополнительных инструментов.

1. Определение составляющих НПСК, требующих более подробных исходных данных.

Поскольку приоритеты каждой страны в работе над НПСК будут отличаться, требования к дополнительным инструментам также будут отличаться. На протяжении большей части времени компетенции и опыта разработчиков политики и стратегии или более широкого круга заинтересованных сторон будет достаточно для реализации различных составляющих, представленных в настоящем руководстве, однако на раннем этапе процесса разработки политики и стратегии может стать очевидно, что те или иные составляющие требуют более глубокой проработки. Дополнительные инструменты в процессе разработки НПСК следует использовать только тогда, когда они объективно полезны, т.к. процесс не должен быть слишком сложным.

2. Разработка и реализация стратегии поиска.

Данная задача потребует определения потенциальных источников существующих инструментов (см. Вставку 18). Некоторые инструменты могут быть доступны онлайн, а другие можно получить только непосредственно у организации-собственника. Может быть полезным уточнить, разрабатывались ли аналогичные инструменты на местном уровне для поддержки других процессов разработки политики и стратегии: например, многие национальные стратегические планы в области здравоохранения разрабатывались после проведения подробных консультаций с заинтересованными сторонами и ситуационного анализа и могут содержать полезные инструменты и данные. Что касается онлайн-поиска, особенно научной литературы, обычно лучше всего искать источники непосредственно на сайтах основных технических организаций или других соответствующих институтов, а также проводить более широкий поиск на стандартных поисковиках, а не в научных базах данных. Чаше в поиске предпочтительно использовать конкретный набор терминов, чтобы не получить на выходе слишком много результатов. Такие возможности, как расширенный поиск в Google (https://www.google.com/advanced_search), позволяют пользователю искать конкретные термины на любом конкретном сайте (например, «ситуационный анализ» на всех веб-страницах ВОЗ).

3. Критерии отбора.

Если найдены явно подходящие инструменты, необходимо оценить их на предмет соответствия цели и полезности для процесса НПСК. Критерии должны быть установлены местной командой разработчиков и могут включать такие условия, как надежность источника, применимость в местном контексте и простота в использовании.

В некоторых случаях может возникнуть потребность в более активной поддержке той или иной составляющей процесса НПСК, для которой недостаточно доступных инструментов и ресурсов. Например, страна желает провести подробный ситуационный анализ в ключевом приоритетном направлении, для которого не существует инструмента сбора данных. В этом случае может быть необходимо разработать специализированный инструмент

для поддержки процесса. Опять же здесь необходимо проанализировать, пропорциональны ли усилия будущим выгодам для процесса НПСК или же существует более подходящий способ поддержать ту или иную его составляющую. Новые инструменты всегда следует разрабатывать и использовать осмотрительно, т.к. не опробованные на практике инструменты могут не дать нужной поддержки и создать методологические сложности.

В большинстве случаев имеется инструмент, который может быть адаптирован для локального применения. Адаптация может включать, например, перевод инструментов на местные языки или выбор опробованных вопросов исследования из обширного инструмента сбора данных. Собственники новых или адаптированных инструментов, разработанных в рамках процесса НПСК в той или иной стране, могут разместить их на сайте Глобальной лаборатории материалов ВОЗ по вопросам всеобщего охвата качественными услугами здравоохранения (GLL).

При использовании дополнительных инструментов для поддержки процесса НПСК важно сначала определить ресурсы, необходимые для реализации инструмента, и сбалансировать их пропорционально ожидаемым выгодам от применения инструмента. Необходимые ресурсы могут включать финансовые затраты и время на реализацию инструмента (например, короткие нестандартизированные исследования учреждений здравоохранения в целях активизации дискуссии или масштабные статистически актуальные обследования системы здравоохранения) или иметь отношение к потенциалу, требуемому для реализации инструментов (например, имеются ли нужные компетенции для вовлечения заинтересованных сторон и сообществ).

Справочник инструментов и ресурсов

Ряд необходимых инструментов и ресурсов (от внешних партнеров ВОЗ и самих стран) уже, очевидно, существует, и часто они находятся в свободном доступе. Однако на первом этапе присоединения стран к инициативе ВОЗ по НПСК обнаружилось, что потребность в инструментах и ресурсах в некоторых направлениях процесса разработки политики и стратегии по-прежнему сохраняется – в силу того, что либо таких инструментов нет, либо непросто их идентифицировать и получить к ним доступ, либо их качество недостаточно высоко.

По этой причине руководство по НПСК тесно взаимосвязано с GLL ВОЗ, целью которой является создание безопасного пространства для обмена знаниями, опытом и идеями, критического анализа идей и подходов и поиска инноваций в области качества в контексте задач всеобщего охвата услугами здравоохранения. В GLL создан специальный раздел материалов по НПСК в целях обмена опытом между странами, который служит справочным ресурсом по существующим инструментам в сфере НПСК. Также в GLL ВОЗ доступен справочник инструментов и ресурсов, который прилагается к настоящему руководству. В справочнике представлен обзор инструментов и ресурсов, полезных в разработке процесса НПСК, доступ к которым можно получить либо по прямой ссылке из справочника либо на сайте GLL ВОЗ.

В справочник включены инструменты и ресурсы, преимущественно разработанные и опубликованные ВОЗ и внешними организациями. Они дополнены новыми инструментами, которые были разработаны в целях устранения критических пробелов, а также специальными инструментами и примерами из практики отдельных стран. Справочник не является исчерпывающим перечнем всех инструментов и ресурсов, которые можно использовать в процессе НПСК, а, скорее, сборником ряда актуальных инструментов, которые могут быть полезны странам. Справочник будет обновляться по мере выявления и разработки новых инструментов, а также по мере разработки странами национальной политики и стратегий в области качества. Ниже кратко описан подход к разработке первой редакции справочника.

1. На совещании ВОЗ по НПСК (в июне 2017 года) с участием руководителей национальных программ в области качества восьми стран были рассмотрены инструменты и ресурсы, полезные для разработки НПСК, в результате чего были сформулированы предваритель-

ные категории приоритетных инструментов и ресурсов, отражающих те аспекты процесса НПСК, которые требуют более тщательного наполнения. Данная работа была проведена по результатам анализа руководства и консультаций с представителями стран, принимавших участие в первом этапе совместного процесса разработки справочника.

2. Был проведен анализ объема работ по каждой приоритетной категории (в каждом случае разный), который включал определение критериев поиска, поиск общедоступных источников и по необходимости взаимодействие с партнерами страны.
3. Отбор инструментов и ресурсов производился на основе консенсуса разработчиков НПСК, исходя из их полезности для процесса НПСК и применимости на уровне страны. Отобранные инструменты и ресурсы приводятся в справочнике по каждой из вышеуказанных категорий вместе с инструкциями по доступу к ним и описанием их возможного применения в контексте процесса НПСК, как показано на Рисунке 5.

Рис. 5. Инструменты и ресурсы: источники и применимость в контексте процесса НПСК

| Ресурс | Доступ (ссылка или GLL) | Организация/ автор и год | Как инструмент/ресурс поддерживает процесс НПСК |
|---------------------------------------|---|---------------------------------------|--|
| Инструмент ситуационного анализа НПСК | Доступен в разделе НПСК Глобальной лаборатории материалов ВОЗ по вопросам всеобщего охвата качественными услугами здравоохранения | Команда разработчиков НПСК (ВОЗ) 2017 | Методология комплексной оценки национальной политики страны в области качества здравоохранения |

В целях определения и разработки инструментов для устранения важных пробелов и расширения ресурсов в соответствии с запросами стран будет поддерживаться дальнейшее взаимодействие со странами и другими партнерами. В частности, на совещании в июне 2017 года была обозначена потребность в разработке дополнительных инструментов и ресурсов в поддержку национальных мероприятий в области повышения качества и в целях интеграции определенных технических направлений. Ожидается, что эти и другие возникающие вопросы будут решаться в будущем.

Присоединение к GLL ВОЗ

Инструкции по присоединению к Глобальной лаборатории материалов ВОЗ по вопросам всеобщего охвата качественными услугами здравоохранения для получения доступа к справочнику и соответствующим инструментам приведены по ссылке: <http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/qhc/gll/en/index3.html>.

ГЛОССАРИЙ

| Понятие | Определение |
|---|---|
| Доступ (к услугам здравоохранения) | Восприятие и опыт людей в плане легкости получения услуг здравоохранения или доступа в учреждения здравоохранения по таким критериям, как местонахождение, время и простота доступа (22). |
| Аккредитация | Официальный процесс, посредством которого признанная (обычно неправительственная) организация оценивает и подтверждает соответствие организации здравоохранения применимым, заранее установленным и опубликованным стандартам. Стандарты аккредитации обычно считаются оптимальными и достижимыми и разрабатываются в целях постоянного внедрения улучшений в аккредитованных организациях. Решение об аккредитации организации здравоохранения принимается по результатам периодической оценки организации с выездом на место команды экспертов, обычно каждые два-три года. Аккредитация часто является добровольным процессом, в котором организации принимают участие по своему выбору, а не требованием законодательства (23). |
| Оценка (работы) | Оценка работы медицинского работника или стажера на предмет соответствия опубликованному стандарту. |
| Оценка (процесса или системы) | Официальная оценка процесса или системы, предпочтительно количественная, но в некоторых случаях обязательно качественная (24). |
| Контрольный показатель | (i) Измерение (показатель) или точка отсчета в начале деятельности, которые используются для сравнения с последующими значениями той же переменной; (ii) приемлемый стандарт в оценке (24). |
| Данные | Факты и числовые данные без обработки и анализа (25). |
| Справедливость в вопросах охраны здоровья | (i) Отсутствие систематических или потенциально устранимых расхождений в состоянии здоровья, доступе к медицинской помощи и условиям, благоприятствующим укреплению здоровья, а также к лечению в отношении одного или нескольких аспектов здоровья для разных групп населения, определяемых по социальным, экономическим, демографическим или географическим признакам, в пределах страны и между странами; (ii) показатель степени справедливого распределения выгод в рамках политики здравоохранения (26-29). |
| Оценка (результативности) | Систематическая и объективная оценка актуальности, достаточности, прогресса, затратоэффективности, эффективности и последствий курса действий применительно к целям и с учетом выделенных ресурсов и задействованных учреждений (30). |
| Фрагментированность (услуг здравоохранения) | (i) Одновременное существование подразделений, учреждений или программ, не интегрированных в сеть организаций здравоохранения (31); (ii) услуги, не включающие весь спектр услуг по укреплению здоровья, профилактике, диагностике, лечению, реабилитации и паллиативной помощи; (iii) услуги на разных уровнях медицинской помощи, не скоординированные между собой; (iv) услуги, не продолжающиеся с течением времени; (v) услуги, не отвечающие потребностям людей (25). |

| | |
|---|---|
| Здоровье | Состояние общего физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие заболеваний или немощности (25, 32). |
| Услуга здравоохранения | Любая услуга (т.е. не только медицинские или клинические услуги), целью которой является содействие в укреплении здоровья или диагностика, лечение и реабилитация больных (30). |
| Система здравоохранения | (i) Все виды деятельности, главной целью которых является укрепление, восстановление и (или) поддержание здоровья (25); (ii) люди, организации и ресурсы, объединенные в единую систему в соответствии с установленными принципами политики в целях укрепления здоровья обслуживаемого населения, удовлетворения законных ожиданий людей и защиты населения от издержек, связанных с болезнями, посредством реализации ряда мер, главной целью которых является укрепление здоровья (31). |
| Составляющие системы - здравоохранения | Аналитическая рамочная основа, используемая ВОЗ для описания систем здравоохранения с дезагрегацией по шести основным компонентам: руководство и управление (организация), предоставление услуг, кадры здравоохранения, информационная система здравоохранения, медицинские продукты, вакцины и технологии, финансирование системы здравоохранения (33). |
| Эффективность системы здравоохранения | (i) Уровень достигнутых результатов системы здравоохранения в сравнении с затраченными ресурсами (33); (ii) степень, в которой система здравоохранения выполняет свои функции (оказание услуг, генерирование ресурсов, финансирование и организация) для достижения своих целей (34). |
| Укрепление систем здравоохранения | (i) Процесс определения и реализации изменений в политике и практике системы здравоохранения страны, с тем чтобы страна эффективнее реагировала на проблемы общественного здоровья и системы здравоохранения (35); (ii) любой комплекс инициатив и стратегий, направленных на улучшение одной или нескольких функций системы здравоохранения, которые приводят к укреплению здоровья населения за счет улучшения доступа, охвата, качества или эффективности (36). |
| Профилактика инфекции и инфекционный контроль | Профилактика инфекции и инфекционный контроль - научный подход и практическое решение, направленные на предотвращение вреда, который может быть причинен инфекцией пациентам и медицинским работникам (37). |
| Вклад (ресурс) | Количество ресурса, вкладываемого в процесс (25). |
| Рычаг | В отношении реализации политики или стратегии «рычаги» означают механизмы, которые надзорные органы (на любом уровне системы здравоохранения) могут использовать для обеспечения соблюдения политики или стратегии. К таким механизмам часто относятся процедуры, предусматривающие поощрение или принятие дисциплинарных мер в отношении отдельных лиц или организаций в рамках их ответственности за реализацию; например, рычагом можно считать законодательство, внедряющее аспекты политики, или включение мер по обеспечению соблюдения политики в процессы надзора за деятельностью медицинских работников и повышения их по службе. |

| | |
|----------------------------------|---|
| Лицензирование | Лицензирование – это процесс, посредством которого государственный орган выдает разрешение специалисту или организации здравоохранения на занятие деятельностью. Обычно устанавливаются правила лицензирования, обеспечивающие соответствие организации или специалиста минимальным стандартам в области охраны общественного здравоохранения и безопасности. Лицензии специалистам обычно выдаются по результатам экзамена или подтверждения образования и могут продлеваться посредством оплаты сбора или по факту подтверждения непрерывного образования или профессиональной компетенции. Лицензии организациям выдаются после проведения проверки на месте на предмет соблюдения минимальных стандартов в области охраны здоровья и безопасности (25). |
| Мониторинг | Постоянное наблюдение за деятельностью в целях облегчения ее контроля и проверки ее выполнения в соответствии с планом. Мониторинг включает определение методов оценки деятельности, использования ресурсов и реакции на услуги по согласованным критериям (30). |
| Оперативный план | Оперативный план имеет целью эффективное управление ресурсами в краткосрочной перспективе, достижение целевых показателей и реализацию мероприятий в рамках поставленных задач, а также мониторинг реализации плана и использования ресурсов. К дополнительным значениям относятся: (i) годичный план на основе национального стратегического плана; (ii) субнациональный план на основе национального стратегического плана (например, план для района), обычно с более коротким сроком реализации, чем национальный стратегический план; (iii) отдельная программа, разработанная на основе национального стратегического плана (25). |
| Результат (в отношении здоровья) | Аспекты здоровья в результате мероприятий, реализуемых системой здравоохранения, учреждениями здравоохранения и персоналом, рекомендовавшим такие мероприятия, а также действий целевой аудитории таких мероприятий (22). |
| Результат (программы) | Количество и качество мероприятий, осуществляемых в рамках программы (25). |
| Причастность (активное участие) | Фактическое руководство и координация странами процессов разработки политики, стратегий и мероприятий, связанных с такими процессами (25). |
| Безопасность пациентов | Безопасность пациентов – это отсутствие предотвратимого вреда пациенту в процессе оказания медицинской помощи. Обеспечение безопасности пациентов – это координированные мероприятия по предотвращению причинения пациентам вреда непосредственно в процессе оказания медицинской помощи (38). |

| | |
|--|---|
| Услуги здравоохранения, ориентированные на человека | «Подход к медицинской помощи, в котором сознательно учитываются мнения отдельных лиц, родственников и сообществ и в котором они рассматриваются как участники, а также как бенефициары систем здравоохранения, заслуживающих доверия и удовлетворяющих их потребности и предпочтения гуманным и целостным образом. Медицинская помощь, ориентированная на человека, подразумевает, что люди должны иметь образование и поддержку, необходимые для принятия решений и участия в оказании им помощи. Такая помощь организуется с учетом потребностей и ожиданий людей в отношении здоровья, а не заболеваний» (39). |
| Оплата по результатам, финансирование по результатам | Оплата или финансирование, которые производятся по факту осуществления измеримого действия или достижения заранее установленного целевого показателя. Данный термин может применяться в контексте перечисления средств донорскими организациями странам-получателям или осуществления оплаты поставщикам за достижение целевых показателей по услугам (25, 40). |
| Определение приоритетов | Определение, согласование и ранжирование приоритетов заинтересованными сторонами (25). |
| Обеспечение качества | Все запланированные и систематические мероприятия, реализуемые в рамках системы качества и необходимые, чтобы убедиться в том, что организация соответствует требованиям к качеству (41). |
| Контроль качества | Оперативные методы и мероприятия, используемые в целях выполнения требований к качеству (41). |
| Повышение качества | Организационная стратегия, официально включающая анализ данных о процессах и результатах и применение систематических усилий для повышения результативности деятельности (42). |
| Управление качеством | Все действия руководства, определяющие политику, задачи и обязанности в сфере качества, а также обеспечивающие их реализацию посредством таких мероприятий, как планирование, контроль и повышение качества в рамках системы качества (41). |
| Планирование качества | Мероприятия, в результате которых определяются задачи и требования к качеству и к реализации составляющих системы качества (41). |
| Регулирование | Введение внешних ограничений привычных или спонтанных форм поведения отдельных лиц или организаций с целью их изменения (25, 43). |
| Способность к восстановлению | Способность системы, сообщества или общества, подверженных опасности, выдерживать опасность, приспосабливаться к ситуации и восстанавливаться впоследствии своевременным и эффективным образом, в т.ч. с сохранением и восстановлением важных базовых структур и функций (44). |
| Ситуационный анализ | Анализ текущего состояния и ожидаемых тенденций в здоровье населения и системе здравоохранения страны. В идеале включает: (i) оценку текущих и будущих потребностей и детерминант здоровья; (ii) оценку ожиданий и спроса на услуги; (iii) оценку показателей системы здравоохранения, потенциала сектора здравоохранения и ресурсов системы здравоохранения, а также пробелов в удовлетворении текущих и будущих потребностей и ожиданий; и (iv) анализ позиций заинтересованных сторон (25, 45). |

| | |
|---|---|
| Заинтересованная сторона | Лицо, группа или организация, заинтересованные в организации и предоставлении услуг здравоохранения (24). |
| Стандарт | Согласованные и принятые технические условия, основанные на доказательных данных, или основа для сравнения (24, 25). |
| Стратегия | Совокупность широких направлений деятельности, задачей которых является достижение ряда целей и показателей в рамках политики или программы (25, 46). |
| Устойчивость | Возможность сохранения положительных результатов в течение согласованного периода времени с приемлемым уровнем расходования ресурсов в рамках приемлемых непредвиденных ситуаций на уровне организации или сообщества (25, 47). |
| Целевой показатель | Промежуточный результат в процессе выполнения задачи программы, реализованный в установленные сроки. Целевой показатель – более конкретное понятие, чем задача, и чаще выражается количественно (25). |
| Всеобщий охват услугами здравоохранения | Обеспечение доступа всех людей и сообществ к необходимым, достаточно качественным с точки зрения эффективности медицинским услугам по укреплению здоровья, профилактике, лечению, реабилитации, а также паллиативным услугам при одновременном обеспечении того, чтобы использование таких услуг не создавало финансовых трудностей для пользователей (10). |

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. Geneva: World Health Organization; 2006.
2. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington (DC): National Academies Press; 2001.
3. Improving value in health care: measuring quality. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2010.
4. Donaldson LJ, Donaldson RJ. Essential public health, 2nd edition. Petroc Press; 2000.
5. Miranda S, Olexa GA. Creating a just culture: recalibrating our culture of patient safety. Pennsylvania Nurse. 2013;68(4):4-9.
6. Pronovost PJ, Wachter RM. Progress in patient safety: a glass fuller than it seems. American Journal of Medical Quality. 2014;29(2):165-9.
7. Marx D. Patient safety and the «just culture»: a primer for health care executives. New York: Columbia University; 2001.
8. Everybody's business - strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization; 2007.
9. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. New York: United Nations; 2015 (<https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>, accessed 2 February 2018).
10. Финансирование здравоохранения. Что такое всеобщий доступ к медицинским услугам? Женева: Всемирная организация здравоохранения (http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/, по состоянию на 10 августа 2018 г.).
11. What is universal health coverage? Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/en/, accessed 2 February 2018).
12. Укрепление механизма комплексного ориентированного на людей медицинского обслуживания. Резолюция WHA69.24. Шестьдесят девятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016 г.
13. Service delivery and safety: World Health Assembly adopts Framework on Integrated People-centred Health Services. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/framework-wha/en/>, accessed 2 February 2018).
14. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Финансирование систем здравоохранения. Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарными услугами. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2010 г.
15. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fund Quarterly. 1966;44(3 Suppl):166-206.
16. Das J. The quality of medical care in low-income countries: from providers to markets. PLoS Medicine. 2011;8(4):e1000432.
17. Leatherman S, Sutherland K. The quest for quality in the NHS: a mid-term evaluation of the ten year quality agenda. London: Stationery Office; 2003.
18. Leatherman S, Sutherland K. Designing national quality reforms: a framework for action. International Journal for Quality in Health Care. 2007;19(6):334-40.

19. Leatherman S, Sutherland K. The quest for quality: refining the NHS reforms. London: Nuffield Trust; 2008.
20. Shekelle P, Lim YW, Mattke S, Damberg C. Does public release of performance results improve quality of care? A systematic review. London: Health Foundation; 2008.
21. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring, volume I. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, MI: Health Administration Press; 1980.
22. Starfield B. Basic concepts in population health and health care. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2001;55(7):452-4.
23. Rooney AL, van Ostenberg PR. Licensure, accreditation, and certification: approaches to health services quality. Bethesda: United States Agency for International Development; 1999.
24. Last JM, editor. A dictionary of public health. Oxford University Press; 2007.
25. Health systems strengthening glossary. Geneva: World Health Organization (http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/, accessed 6 February 2018).
26. Starfield B. Equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2002;56:483-4.
27. Dahlgren G, Whitehead M. Концепции и принципы преодоления социального неравенства в отношении здоровья: Восходящее выравнивание. Часть 1. В сборнике: Исследования социальных и экономических детерминантов здоровья населения, № 2. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2006 г.
28. Ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения: соблюдение принципа справедливости в здравоохранении путем воздействия на социальные детерминанты здоровья. Заключительный доклад Комиссии по социальным детерминантам здоровья. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2008 г.
29. La renovación de la atención primaria a la salud en las Américas [Модернизация первичной медико-санитарной помощи в Америках]. Washington (DC): OPS/OMS; 2007 (http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion Primaria_Salud_Americas-OPS.pdf, accessed 16 October 2017) (на испанском языке).
30. 3Roberts JL. A glossary of technical terms on the economics and finance of health services. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1998.
31. Salud en las Américas, volume I. Washington (DC): Pan American Health Organization; 2007.
32. Преамбула Устава Всемирной организации здравоохранения, утвержденного на Международной конференции здравоохранения. Нью-Йорк: Всемирная организация здравоохранения; 1946 г.
33. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г. Системы здравоохранения: улучшение деятельности. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2000 г.
34. Murray C, Evans D, editors. Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism. Geneva: World Health Organization; 2003.
35. Исполнительный комитет ВОЗ, 128-я сессия. Укрепление систем здравоохранения: текущие тенденции и задачи. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2011 г.
36. Islam M, editor. Health systems assessment approach: a how-to manual. Submitted to the United States Agency for International Development in collaboration with Health Systems 20/20, Partners for Health Reformplus, Quality Assurance Project, and Rational Pharmaceutical Management Plus; 2007.
37. Clean care is safer care: infection prevention and control. Geneva: World Health Organization (<http://www.who.int/infection-prevention/about/ipc/en/>, accessed 6 February 2018).

38. Безопасность пациентов. Женева: Всемирная организация здравоохранения (<http://www.who.int/patientsafety/about/ru/>, по состоянию на 10 августа 2018 г.).
39. What are integrated people-centred health services? Geneva: World Health Organization (<http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/ipchs-what/en/>, accessed 19 February 2018).
40. Eichler R. Can "pay-for-performance" increase utilization by the poor and improve the quality of health services? Washington (DC): Center for Global Development; 2006.
41. Juran JM, Godfrey AB. Juran's quality handbook, fifth edition. McGraw-Hill; 1999.
42. Evidence-based Practice Center systematic review protocol: closing the quality gap 2010: quality improvement interventions to address health disparities. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2012 (<https://effectivehealthcare.ahrq.gov/topics/disparities-quality-improvement/research-protocol>, accessed 19 February 2018)
43. Saltman RB. Regulating incentives: the past and future role of the state in health care systems. *Social Science and Medicine*. 2002;54:1677-84.
44. UNISDR. Терминологический глоссарий по снижению риска бедствий. Международная стратегия Организации Объединенных Наций по уменьшению опасности бедствий; 2009 г.
45. Концептуальная основа для разработки национальных стратегий, программ и планов в области здравоохранения. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2010 г.
46. Health impact assessment: glossary of terms used. Geneva: World Health Organization (<http://www.who.int/hia/about/glos/en/index2.html>, accessed 6 February 2018).
47. Understanding the sustainability of health programmes and organizational change. Paper for Victorian Quality Council. La Trobe University, Faculty of Health Sciences; June 2007.



**Всемирная организация
здравоохранения**

Всемирная организация здравоохранения
20 Avenue Appia
CH-1211 Geneva 27 Switzerland

Сайт:
<http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/qhc/nqps/en/>

ISBN 978-92-4-156556-1

