

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАРОДНОГО ХОЗЯЙСТВА  
И ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ ПРИ ПРЕЗИДЕНТЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»  
(РАНХиГС)

УДК

Л.М. Печатников, М.С. Маскин, О.А. Пекова, Н.В. Петрова, А.В. Эмануэль

ПОСТРОЕНИЕ СИСТЕМЫ КАЧЕСТВА В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ:  
МЕЖДУНАРОДНЫЙ И РОССИЙСКИЙ ОПЫТ

НАУЧНЫЙ ДОКЛАД

по теме НИР:

«Стандарты качества управления в здравоохранении и медицинском страховании России»

Москва 2020

## АННОТАЦИЯ

В научном докладе представлены результаты исследования различных подходов к построению современных систем менеджмента качества в медицинских организациях. Проанализированы тенденции развития систем здравоохранения в мире и в Российской Федерации, показано, какую роль имеет, с одной стороны, развитие инфраструктуры медицинской помощи населению, кадровый состав медицинских организаций, а с другой, удовлетворенность пациентов качеством предоставленных им медицинской организацией услуг. В связи с этим рассмотрен мировой опыт оценки удовлетворенности населения медицинской помощью, а также подходы к построению систем менеджмента качества в Российской Федерации.

## СПИСОК ИСПОЛНИТЕЛЕЙ

Л.М. Печатников – декан факультета ..... , к.м.н.

М.С. Маскин – заместитель директора научно-исследовательского центра (название?) по науке

О.А. Пекова – директор программы (какой? – вставить название)

Н.В. Петрова – заместитель декана факультета (название)

А.В. Эмануэль - заместитель директора научно-исследовательского центра (название?) по науке, к.т.н

## СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	5
1. Сопоставление расходов на здравоохранение в различных странах и влияние данного фактора на показатели системы менеджмента качества в медицинских организациях рассматриваемых стран .....	5
2 Состояние системы здравоохранение в Российской Федерации и его влияние на развитие системы менеджмента качества в медицинских организациях.....	9
3 Опыт международной аккредитации медицинских организаций: международные модели управления.....	16
4 Удовлетворенность населения и необходимость внедрения	21
СМК.....	
5 Потенциальные выгоды от построения системы менеджмента качества в современных условиях для всех участников процесса оказания медицинской услуги.....	22
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	23
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	24

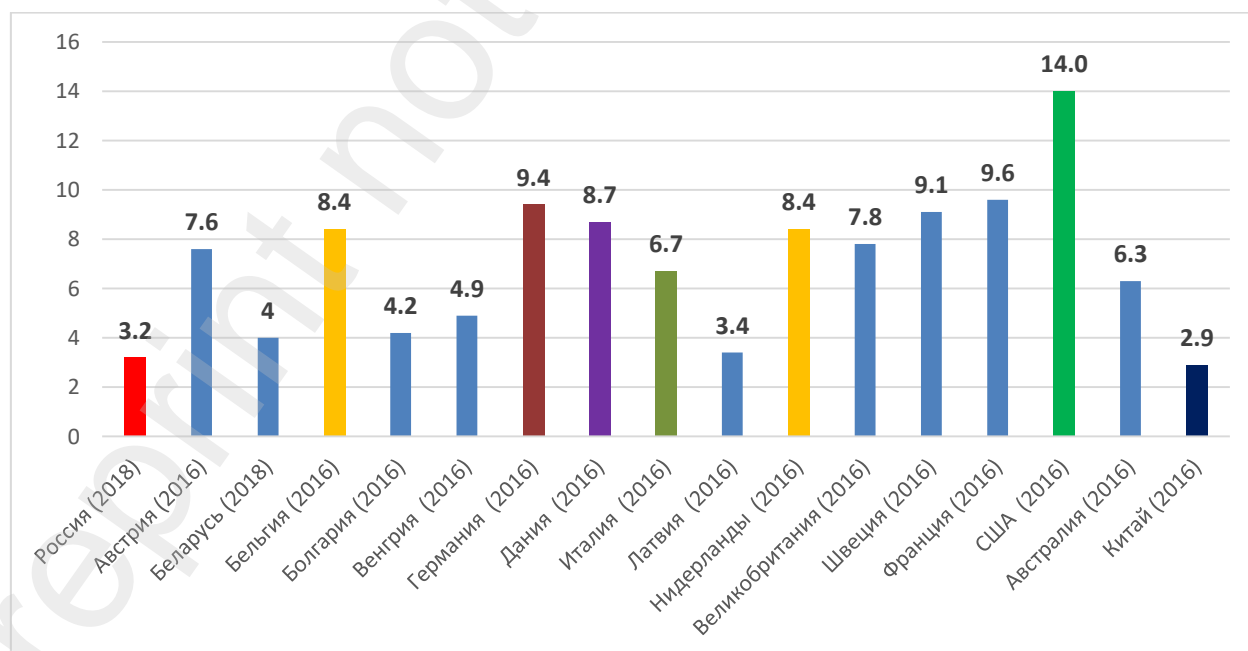
## ВВЕДЕНИЕ

Пандемия коронавируса, которая охватила в 2020 г. самые разные страны с разными по организации и развитости в них системами здравоохранения, вывела на первый план не только вопросы прогнозирования и лечения массовых инфекционных заболеваний, но и проблемы оценки качества как медицинской помощи, так и эффективности ее оказания. Соответственно, построение системы менеджмента качества в сфере здравоохранения в целом, а также внедрение менеджмента качества в медицинских организациях в новых условиях приобретает первостепенное значение. Помимо решения острых проблем, с которыми общественное здравоохранение столкнулось в ходе борьбы с COVID-19, необходимо выстраивать долгосрочные стратегии его функционирования и развития с тем, чтобы избежать подобных форс-мажоров в будущем.

В связи с этим необходимо проанализировать, как развивались системы здравоохранения разных стран до пандемии и какие коррективы она внесет в организацию медицинской помощи на разных уровнях системы здравоохранения.

### **1 Сопоставление расходов на здравоохранение в различных странах и влияние данного фактора на показатели системы менеджмента качества в медицинских организациях рассматриваемых стран**

Согласно данным Росстата, расходы на здравоохранение в разных странах мира, как процент от ВВП, серьезно варьируют (рисунок 1).



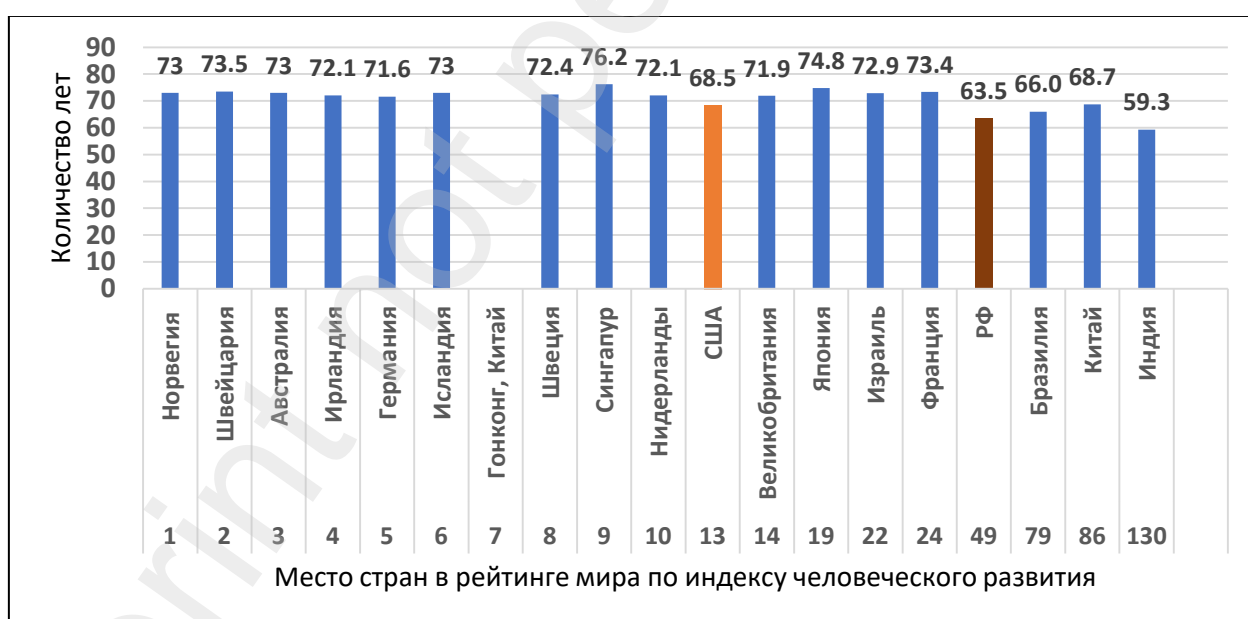
Примечание - Источник: Росстат - [https://gks.ru/bgd/regl/b19\\_34/Main.htm](https://gks.ru/bgd/regl/b19_34/Main.htm)

Рисунок 1 – Расходы на здравоохранение как % ВВП в некоторых странах, %

Россия в последние годы тратила на здравоохранение значительно меньше, чем даже такие страны, как Беларусь, Болгария или Венгрия, которые уступают ей по уровню экономического развития.

Вместе с тем Доклад о человеческом развитии (Human Development Report - 2019) показывает, что проблемы в сфере здравоохранения и продолжительность жизни населения связаны с объемом выделяемых ресурсов не напрямую, а более сложным образом. Это не означает, что России не следует наращивать государственное финансирование системы здравоохранения. Однако не менее важной задачей является эффективное использование всех поступающих в здравоохранение ресурсов, включая кадровые. Качество управления также можно рассматривать, как ресурс развития данной сферы.

На рисунке 2 показана ожидаемая продолжительность *здоровой* жизни населения в странах, которые по индексу человеческого развития (далее – ИЧР) занимают ведущие позиции, а также в странах БРИК – Бразилии, Индии, России и Китая. При этом следует отметить, что Россия входит в число стран с высочайшим уровнем человеческого развития по методологии UNDP (Программы развития ООН), Китай является второй экономикой мира, а экономический рост Индии в последние годы превосходит китайский.



Примечание – Источник: Доклад о человеческом развитии – 2018 по Гонконгу данные отсутствуют.

Рисунок 2 – Ожидаемая продолжительность здоровой жизни при рождении в некоторых странах, 2016 г., лет

В странах, входящих в десятку лидеров по ИЧР, продолжительность ожидаемой *здоровой* жизни варьирует от 71,6 лет в Германии до 76,2 лет в Сингапуре (по Гонконгу нет данных), то есть разрыв между минимальным и максимальным показателем

составляет более 6,4%. В США, которые находятся на 13 месте по ИЧР, ожидаемая продолжительность здоровой жизни при рождении 68,5 лет, что на 4,3% ниже минимального и на 10,1% ниже максимального значения рассматриваемого показателя по десяти странам лидерам рейтинга по индексу человеческого развития. Следующая за США в рейтинге по ИЧР Великобритания имеет значительно лучший по сравнению с Соединенными Штатами показатель ожидаемой продолжительности здоровой жизни при рождении – 71,9 лет, который также выше минимального показателя десятки стран-лидеров. В Японии, Франции и Израиле, которые находятся в конце второй и в третьей десятках стран по рейтингу ИЧР, показатели ожидаемой продолжительности здоровой жизни при рождении выше и показателя США, и показателя Великобритании.

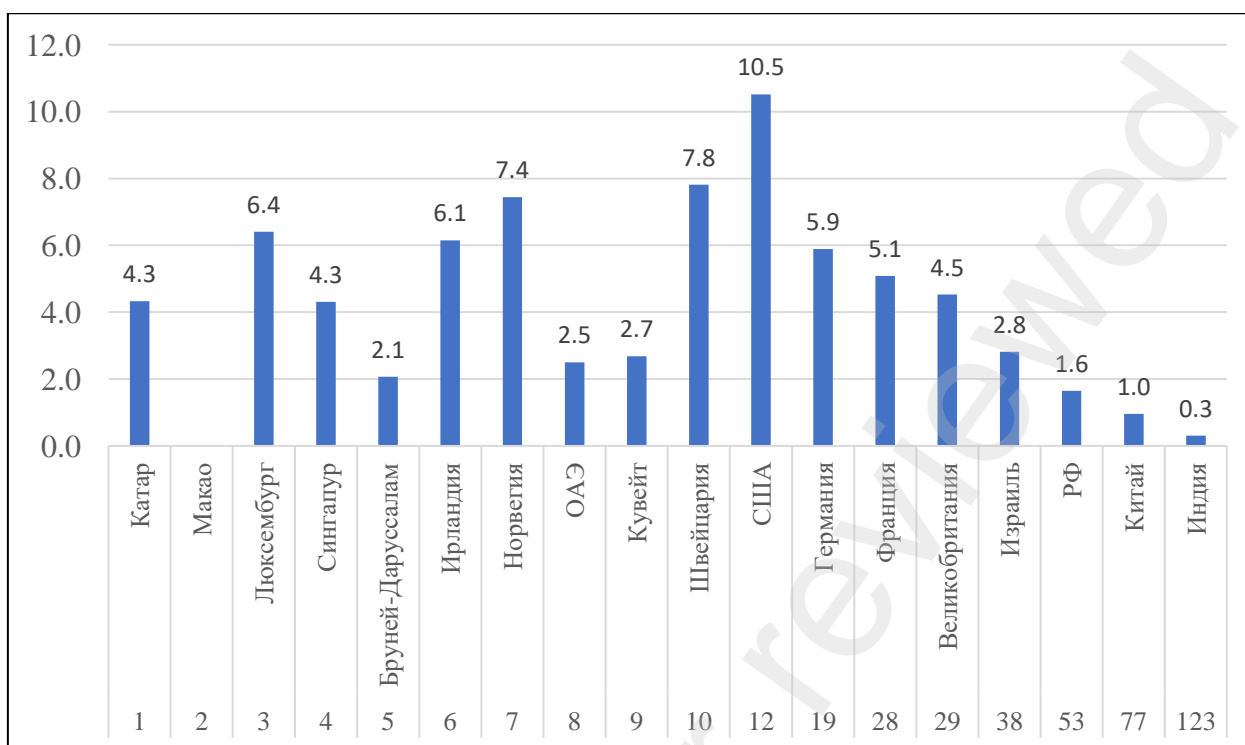
Если взять четыре из пяти стран БРИКС, то Россия существенно обгоняет Бразилию по индексу человеческого развития, но отстает по показателю ожидаемой продолжительности здоровой жизни при рождении на 3,8%. Еще больше отрыв России по этому показателю от Китая – на 7,6% в пользу КНР, который в то же время отстает от России по индексу человеческого развития на 37 позиций.

В каком-то смысле Индия – единственная страна из рассмотренных, которая подходит под обычную логику: показывает достаточно низкий уровень человеческого развития (130 место по ИЧР) и весьма низкую ожидаемую продолжительность здоровой жизни при рождении – ниже 60 лет (59,3 года).

В странах с самым высоким индексом человеческого развития (59 стран) показатель ожидаемой продолжительности здоровой жизни при рождении стабильно выше 60 лет и у 27 из них – выше 70 лет.

Как следует из рисунка 1, США тратят на здравоохранение значительно больше остальных стран (с учетом и значительно большего ВВП), но ожидаемая продолжительность здоровой жизни при рождении, как показано выше, у них ниже стран десятки-лидеров, в том числе Сингапура, который тратит, как долю от ВВП на здравоохранение, существенно меньше по сравнению с США.

Вместе с тем имеет смысл сравнить подушевые расходы на здравоохранение (по ППС) для стран с высокими показателями ВВП на душу населения (по ППС) (рисунок 3).



Примечание – Источник: расчеты авторов по Докладу о человеческом развитии – 2018 ПРООН и [https://knoema.ru/atlas/ВВП на душу населения по ППС](https://knoema.ru/atlas/ВВП%20на%20душу%20населения%20по%20ППС); данные по Макао отсутствуют.

Рисунок 3 – Текущие расходы (государственные и частные) на здравоохранение в расчете на одного человека по ППС в некоторых странах, 2015 г., тыс. долл. США

Как видно из рисунка 3, самые высокие подушевые расходы на здравоохранение в США – 10,5 тыс. долл. США (по ППС), самые низкие – ожидаемо – в Индии 300 долл. США (по ППС). В России они на 60% выше, чем в Китае, при этом ожидаемая продолжительность здоровой жизни при рождении ниже, чем в КНР. Германия, Франция, Великобритания и Израиль тратят на здравоохранение в расчете на одного человека значительно меньше США (особенно Израиль), а живут дольше. В Катаре ожидаемая продолжительность здоровой жизни при рождении составляет 68,6 лет, в США – 68,5 лет, а подушевые расходы на здравоохранение в 2,4 раза меньше. В Кувейте при подушевых расходах на здравоохранение в 3,9 раза меньше по сравнению с США ожидаемая продолжительность здоровой жизни населения ниже всего на 2,2 года, или на 3,2%.

Сказанное не означает, что не надо вкладывать значительные государственные средства в развитие системы здравоохранения, но анализ показывает, что ожидать, что рост расходов без выстраивания иной по сравнению с действующей системой охраны здоровья населения приведет к росту продолжительности жизни, не стоит. Кроме того, на продолжительность жизни влияет много факторов, где расходы на здравоохранение –



только один из них. Большое значение имеет здоровый образ жизни, организация медицинской помощи и, одновременно, эффективность расходов, осуществляемых в этой сфере, поскольку здесь крайне велика асимметрия информации.

Следует отметить, что Израиль при меньших подушевых расходах на здравоохранение по сравнению с Великобританией имеет более эффективную систему медицинской помощи населению. Точно также Германия и Франция, имея примерно одинаковые подушевые расходы на здравоохранение, получают разные по эффективности системы медицинской помощи – немецкая считается значительно эффективнее, а живут немцы меньше, чем французы. При этом ИЧР Германии значительно выше по сравнению с Францией.

Вместе с тем опыт развития пандемии коронавируса в первой половине 2020 г. показал, что системы здравоохранения Израиля и Германии прошли указанный период пандемии значительно лучше (эффективнее с точки зрения организации медицинской помощи и уровня летальности), чем Великобритания, Франция и США. Можно предположить, что, помимо собственно характеристик деятельности медицинских организаций, на это повлияли и такие факторы, как привычка населения жить в условиях длительной внешней угрозы в Израиле и дисциплинированность населения как элемент бытовой культуры в Германии.

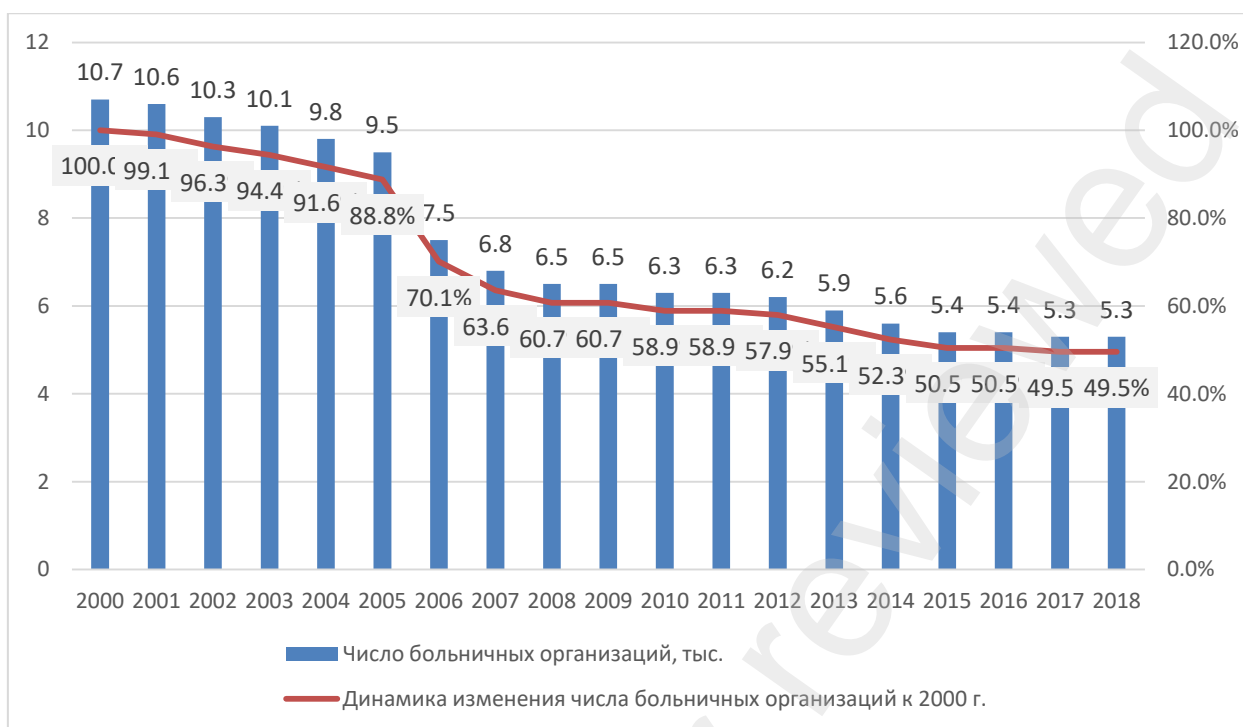
## **2 Состояние системы здравоохранение в Российской Федерации и его влияние на развитие системы менеджмента качества в медицинских организациях**

Состояние системы здравоохранения характеризуется большим числом показателей. В настоящем разделе подробно рассматривается их изменение с 2000 г. по 2018 г.<sup>1</sup>

Изменение числа больничных организаций в России показано на рисунке 4.

---

<sup>1</sup> 2018 г. – последние официальные данные по здравоохранению, опубликованные Росстатом.

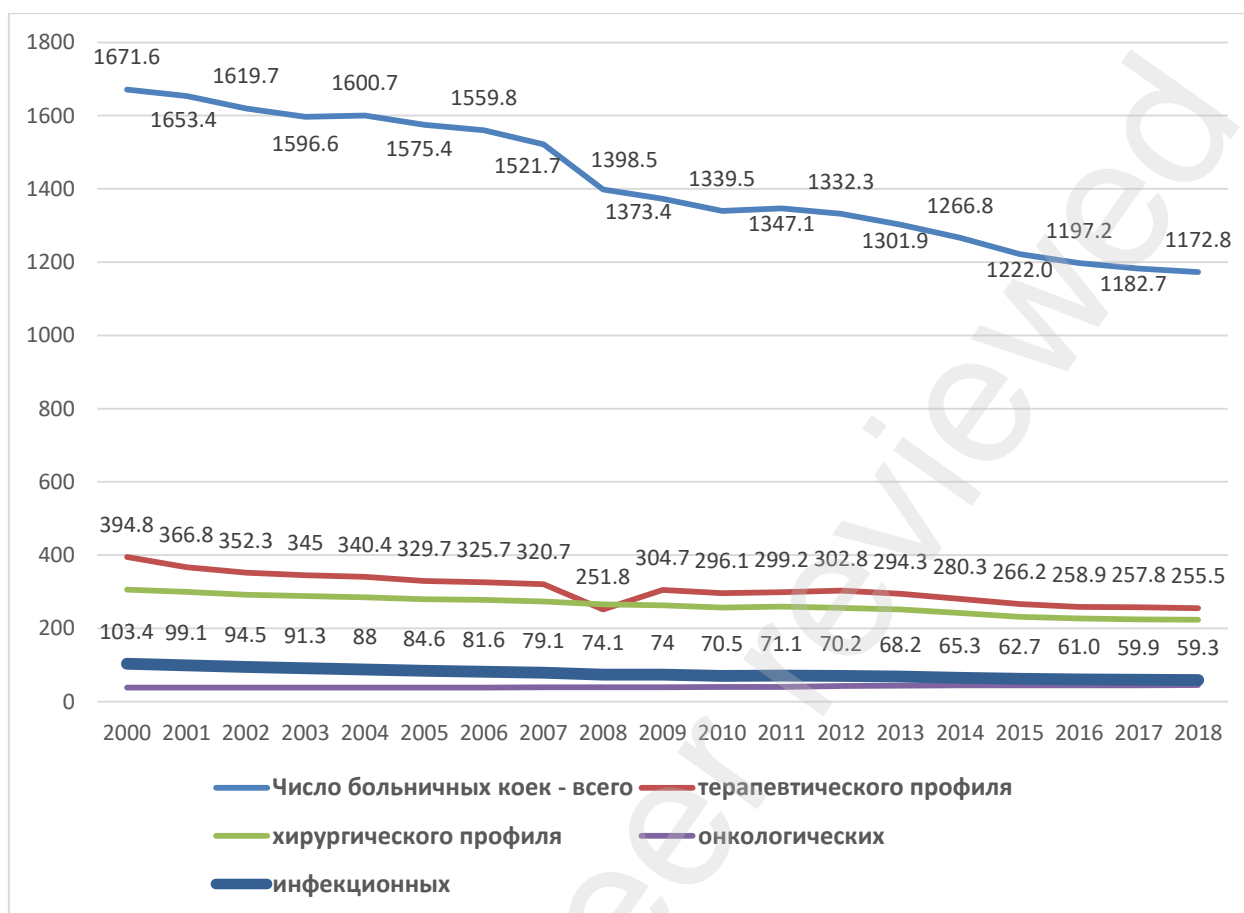


Примечание - Источник: Росстат - [https://gks.ru/bgd/regl/b19\\_34/Main.htm](https://gks.ru/bgd/regl/b19_34/Main.htm)

Рисунок 4 – Число больничных организаций в Российской Федерации 2000-2018 гг., тысяч (левая шкала), динамика изменения указанного числа по отношению к 2000 г., % (правая шкала)

Как хорошо видно на рисунке 4, с 2018 г. число больничных организаций в России сократилось более, чем в 2 раза. Представляется, что именно значительное сокращение числа больничных организаций привело к той ситуации, когда пандемия коронавируса вызвала перенапряжение системы здравоохранения в Российской Федерации в ряде ее регионов.

На рисунке 5 показано изменение числа коек в больничных организациях, в частности инфекционных, что также сыграло свою роль в тех сложностях, которые в настоящее время испытала российская система здравоохранения.



Примечание - Источник: Росстат - [https://gks.ru/bgd/regl/b19\\_34/Main.htm](https://gks.ru/bgd/regl/b19_34/Main.htm)

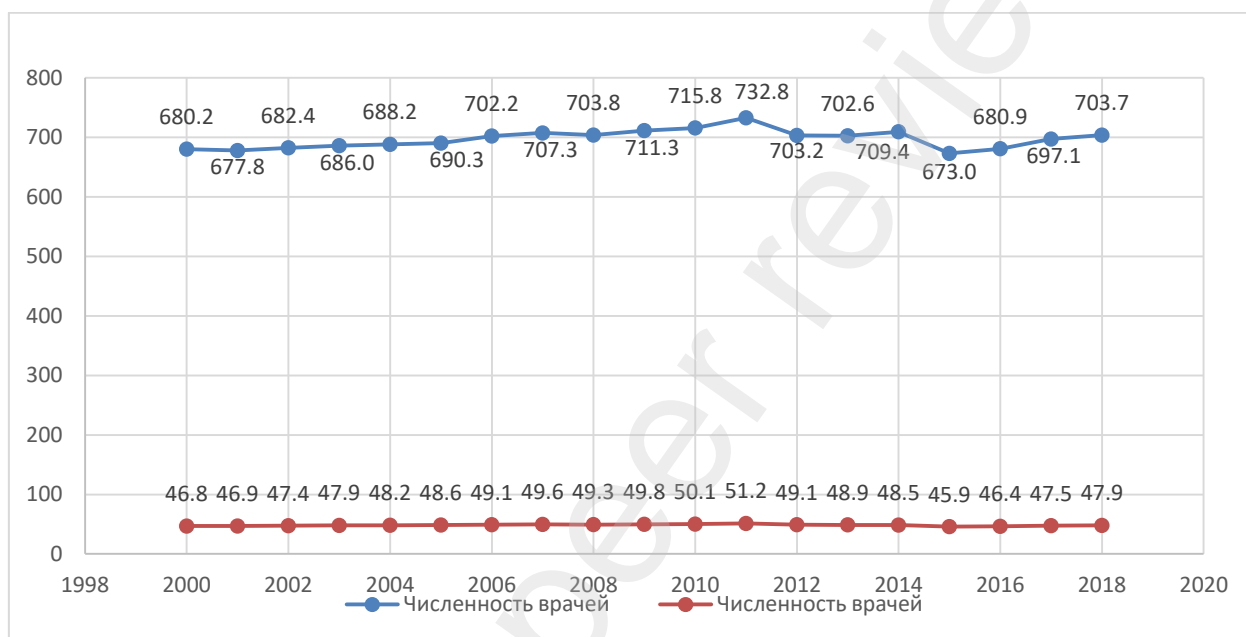
Рисунок 5 – Число больничных коек по некоторым специализациям, тыс коек

Из рисунка 5 следует, что число коек инфекционной специализации в Российской Федерации с 2000 г. сократилось к 2018 г. на 42,6%. Естественно, это привело к их острой нехватке в условиях неожиданно разразившейся пандемии. Спрогнозировать массовую эпидемию было достаточно сложно, хотя такие прогнозы и делались. Поэтому при поставленной задаче нарастить мощности высокотехнологичной медицины для борьбы с болезнями 21 века – сердечно-сосудистыми и онкологическими, которые в основном были «ответственны» за смертность, представлялось оправданным. Тем более, что задача повышения продолжительности жизни до 78 лет к 2024 г. (до 80 лет к 2030 г.), поставленная в Указе Президента Российской Федерации «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» от 7 мая 2018 г.<sup>22</sup> была весьма амбициозной. Соответственно, на достижение этой цели в Национальном проекте «Здравоохранение» был сделан основной акцент, который определил выбор мероприятий федеральных проектов, входящих в его состав. Данная цель определила (должна была определить) также и целевые показатели системы

<sup>22</sup> Указ Президента Российской Федерации «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» от 7 мая 2018 г. <https://base.garant.ru/71937200/>.

менеджмента качества медицинских организаций с тем, чтобы вся система здравоохранения России обеспечивала выход на установленные параметры продолжительности жизни населения. Представляется, однако, что пандемия коронавируса внесет важные коррективы в те установки, которые были выработаны до ее начала. В результате поменяются и целевые показатели СМК.

Изменение численности врачей в Российской Федерации с 2000 г. по 2018 г показано на рисунке 6.

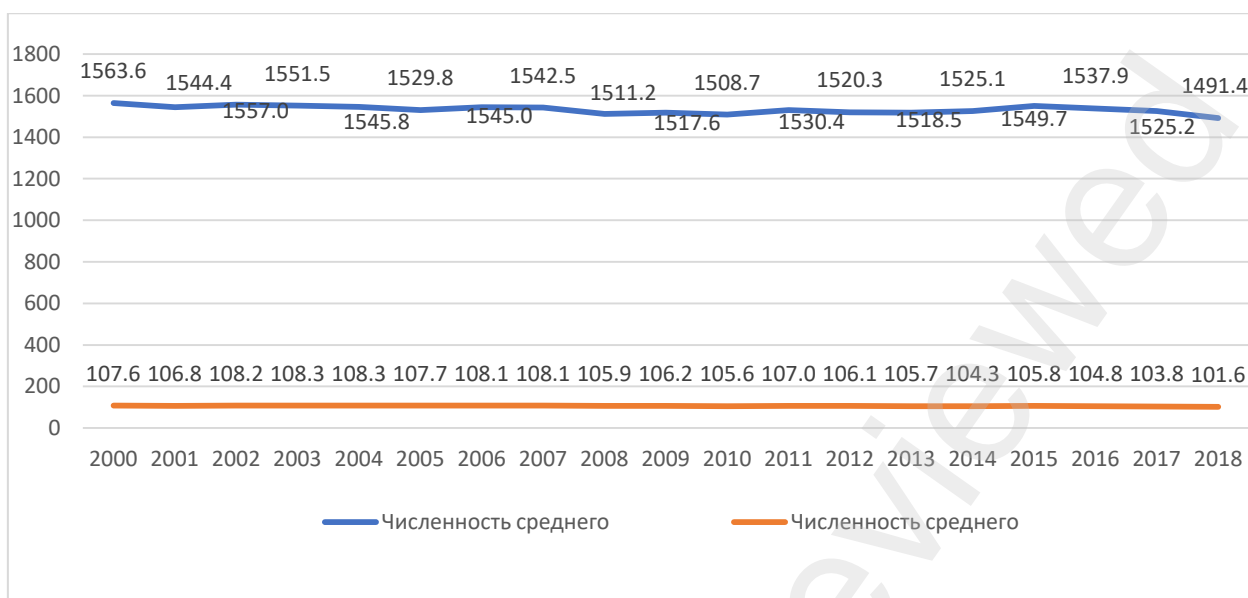


Примечание - Источник: Росстат - [https://gks.ru/bgd/regl/b19\\_34/Main.htm](https://gks.ru/bgd/regl/b19_34/Main.htm)

Рисунок 6 – Численность врачей в Российской Федерации – всего, тыс чел. и их численность в расчете на 10000 человек населения, чел.

Численность врачей в России стабильно росла до 2011 г., а потом стала снижаться, причем достаточно резко до 2015 г. (на 8,2% относительно 2011 г.). Только после того, как указанный показатель снизился по сравнению с 2000 г., начался постепенный рост численности врачей.

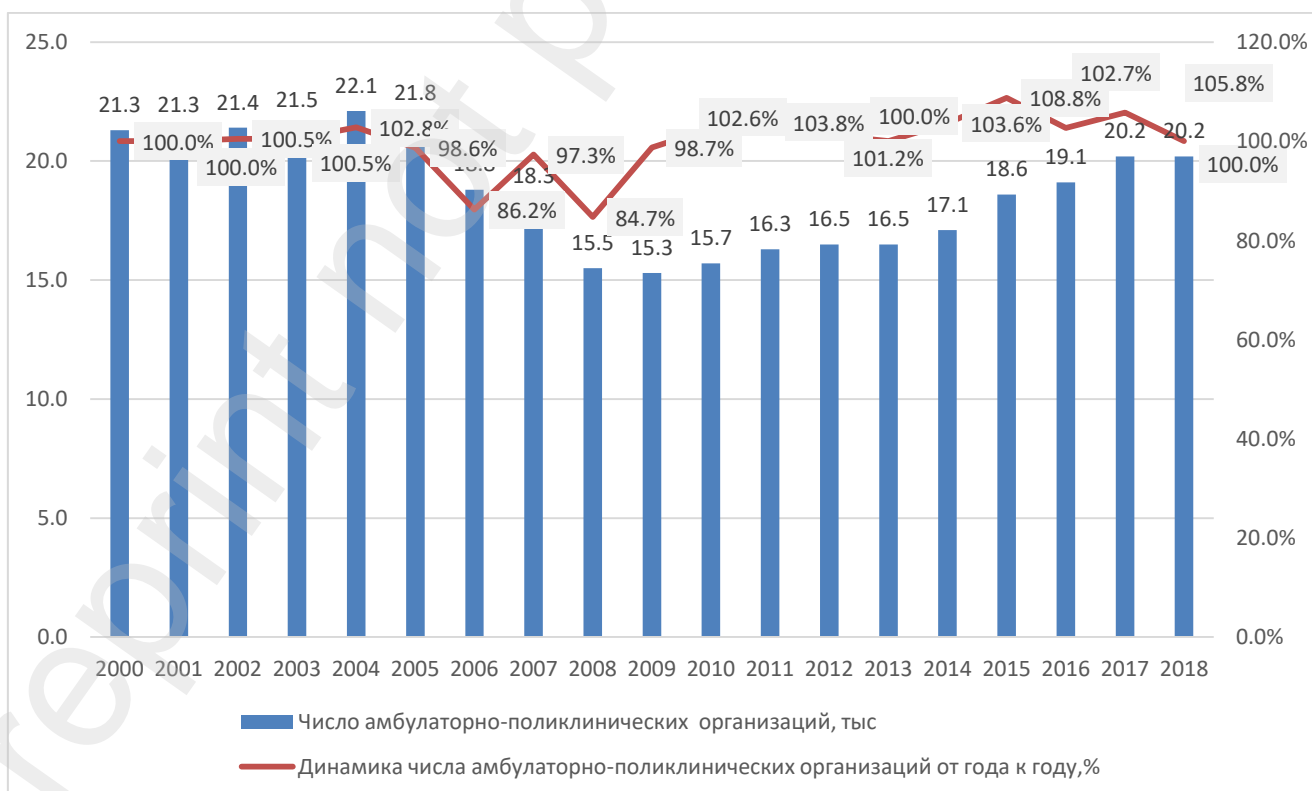
Что касается численности среднего медицинского персонала, то здесь после 2015 г. наблюдается постепенное ее снижение – на 3,7%. Нехватка среднего медицинского персонала является одной из причин невысокой эффективности системы здравоохранения, поскольку, как правило, она ведет к перегрузке врачей (рисунок 7).



Примечание - Источник: Росстат - [https://gks.ru/bgd/regl/b19\\_34/Main.htm](https://gks.ru/bgd/regl/b19_34/Main.htm)

Рисунок 7 – Численность среднего медицинского персонала в Российской Федерации – всего, тыс чел. и его численность в расчете на 10000 человек населения, чел.

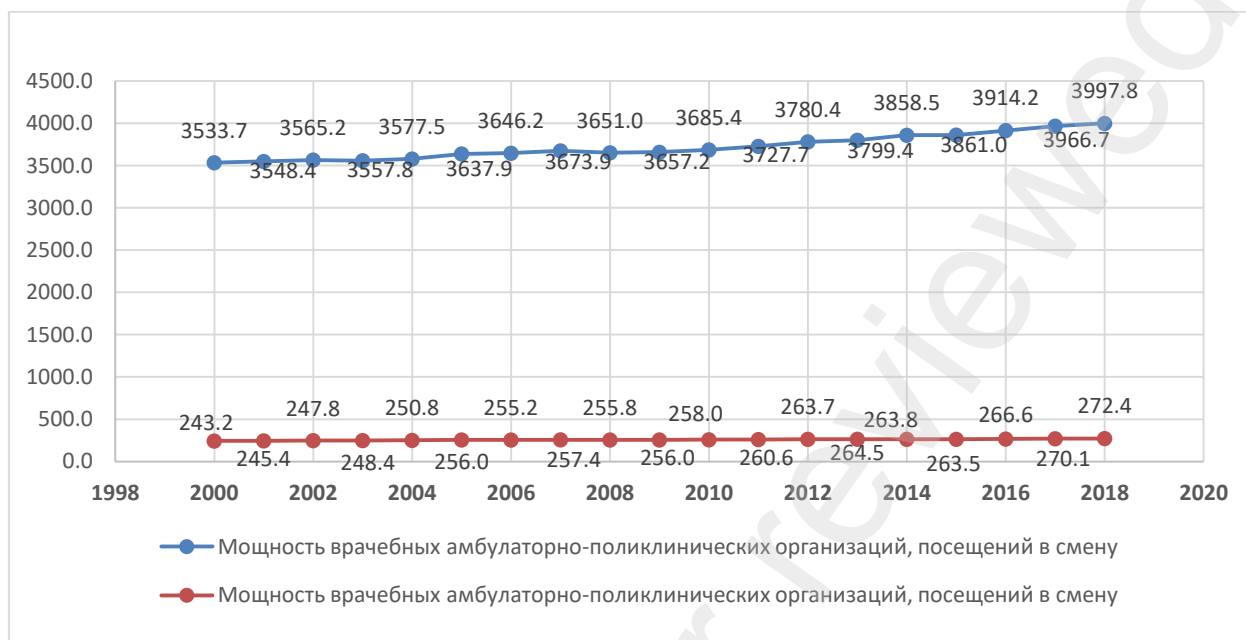
Вместе с тем, несмотря на сокращение численности врачей (в последние годы она немного подросла) и медицинского персонала, поликлиническое звено системы здравоохранения стало все же с 2009 г. расти, хотя в 2018 г. и не достигло еще уровня 2000 г. (рисунок 8).



Примечание - Источник: Росстат - [https://gks.ru/bgd/regl/b19\\_34/Main.htm](https://gks.ru/bgd/regl/b19_34/Main.htm)

Рисунок 8 - Число врачебных амбулаторно-поликлинических организаций, тыс. (левая шкала) и динамика изменения их числа год к году, % (правая шкала).

При этом мощность (пропускная способность) поликлиник все рассматриваемые годы увеличивалась (рисунок 9).



Примечание - Источник: Росстат - [https://gks.ru/bgd/regl/b19\\_34/Main.htm](https://gks.ru/bgd/regl/b19_34/Main.htm)

Рисунок 9 - Мощность врачебных амбулаторно-поликлинических организаций: посещения в смену – всего и на 10 000 человек населения, чел.

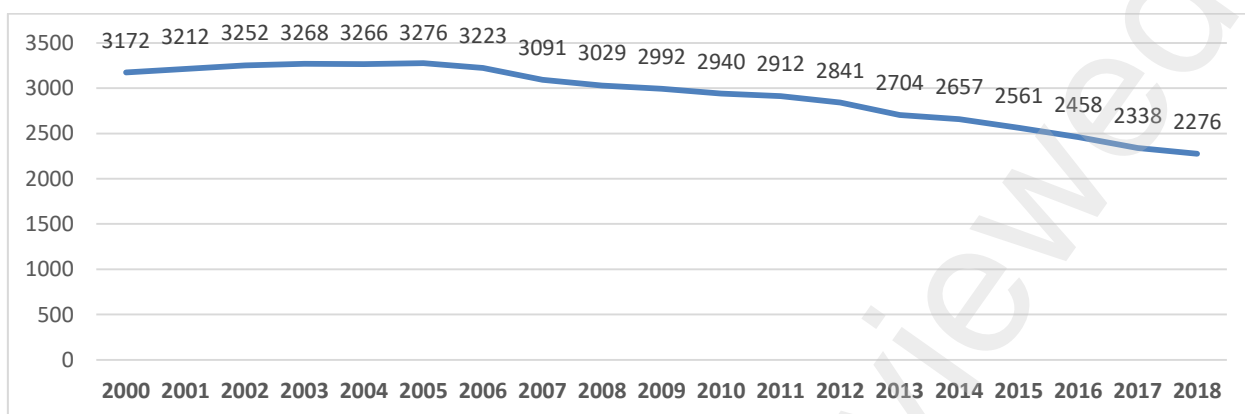
Из рисунка 9 следует, что интенсивность деятельности поликлинического звена системы здравоохранения весь рассматриваемый период времени росла, а вот про эффективность, с точки зрения снижения заболеваемости населения, и – главное – его удовлетворенности качеством медицинского обслуживания, этого сказать нельзя. Качество медицинской помощи в поликлиниках вызывает постоянное нарекание со стороны потребителей их услуг. Об этом, в частности, свидетельствуют данные социологических опросов, которые проводила НИУ ВШЭ: на необходимость более добросовестного отношения медицинских работников к своим обязанностям указывает от 45 до 50% респондентов<sup>3</sup>. Соответственно, этот вопрос непосредственно связан с выстраиванием СМК в системе как российского здравоохранения в целом, так и отдельных медицинских организаций.

Еще одним важным показателем деятельности системы здравоохранения является показатель функционирования скорой помощи. Пандемия коронавируса показала, насколько значима работа скорой помощи в условиях эпидемии.

<sup>3</sup> Опрос НИУ ВШЭ, 2014 г. См. также Краснова Л. С. Состояние здоровья как фактор спроса на платные медицинские услуги// Вестник Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения

НИУ ВШЭ (RLMS-HSE), 2016, №6, сс. 123-140.

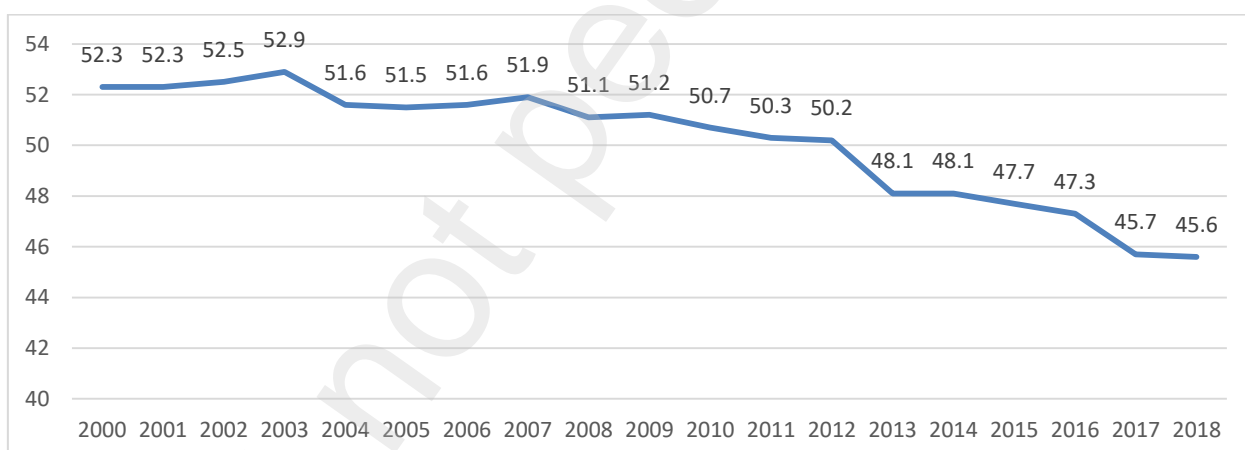
В России в последние годы число станций скорой медицинской помощи сокращалось (рисунок 10).



Примечание - Источник: Росстат - [https://gks.ru/bgd/regl/b19\\_34/Main.htm](https://gks.ru/bgd/regl/b19_34/Main.htm)

Рисунок 10 - Число станций (отделений) скорой медицинской помощи, ед. (на конец года)

С пикового значения 2005 г. – 3276 станций (отделений) скорой помощи – к 2018 г. их число снизилось на 30,5%. В результате снижался и объем оказания ее услуг (рисунок 11).

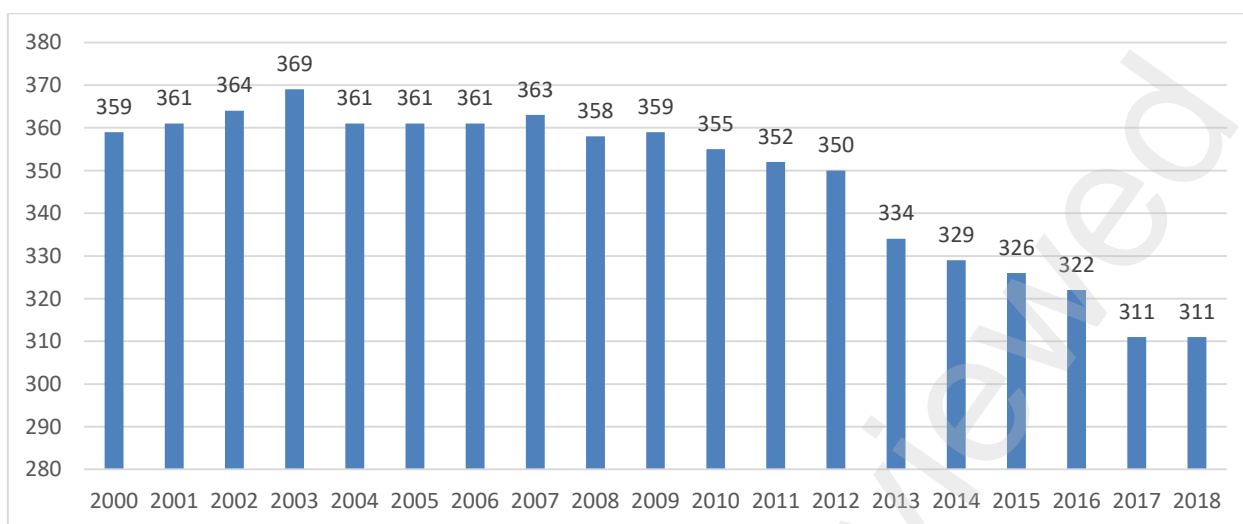


Примечание - Источник: Росстат - [https://gks.ru/bgd/regl/b19\\_34/Main.htm](https://gks.ru/bgd/regl/b19_34/Main.htm)

Рисунок 11 - Численность лиц, которым оказана помощь амбулаторно и при выездах, млн человек

С 2003 г. объем услуг скорой помощи снизился на 13,8%. При этом определенный круг пациентов в отдаленных территориях страдают от ее отсутствия.

Ситуация с оказанием услуг скорой помощью на 10000 человек населения показана на рисунке 12.



Примечание - Источник: Росстат - [https://gks.ru/bgd/regl/b19\\_34/Main.htm](https://gks.ru/bgd/regl/b19_34/Main.htm)

Рисунок 12 - Численность лиц, которым оказана помощь амбулаторно и при выездах на 10000 человек населения, человек

В расчете на 10000 человек населения показатель услуг скорой помощи снизился даже больше – на 15,7%.

Таким образом, все натуральные показатели ресурсного состояния системы здравоохранения Российской Федерации (без показателей ее финансового обеспечения) свидетельствуют о наличии серьезных проблем в ее развитии и качестве медицинской помощи. В этих условиях вопросы менеджмента качества становятся крайне актуальными.

### **3 Опыт международной аккредитации медицинских организаций: международные модели управления**

Спрос на независимую оценку медицинских организаций растет во всем мире. Конечно, пациент может составить субъективное мнение о больнице на основании впечатления о состоянии больничных корпусов, отделке помещений, наличии медицинского оборудования, корректности поведения персонала и т.д., но для всесторонней оценки деятельности лечебно-профилактических учреждений (далее МО) этого недостаточно – необходима профессиональная экспертиза качества медицинской помощи и результатов лечения, уровня сервиса и удовлетворенности пациентов, выполнения установленных требований. Однако сегодня общепринятой всеобъемлющей методики такой экспертизы не существует. Осознавая, что параметры деятельности должны сопоставляться с определенными нормами, международные аккредитующие организации предлагают свои системы стандартов. Программы аккредитации сформированы таким образом, что их можно применять по отношению к медицинским учреждениям различного профиля. Традиционно организации, занимающиеся



аккредитацией медицинских учреждений, осуществляют свою деятельность в пределах одного государства. Например, в США работают Community Health Accreditation Program (CHAP), Joint Commission, Accreditation Commission for Health Care, Inc. (ACHC), “Exemplary Provider Program” of The Compliance Team и Healthcare Quality Association on Accreditation (HQAA). Вместе с тем все более востребованными становятся услуги международных аккредитационных групп. Такая тенденция обусловлена более высоким доверием к международным сертификатам, значительно повышающим конкурентоспособность МО на глобальном рынке медицинских услуг. С учетом развития “медицинского туризма” и увеличения числа обращений в МО граждан других стран эта тема становится актуальной и для России. Прежде всего, независимая и непредвзятая оценка деятельности может выявить “проблемные зоны”. При систематизации норм безопасного и качественного лечебно-диагностического процесса и сопоставлении их с повседневной практикой можно понять, насколько они выполняются в конкретном МО. Эта задача решается при аккредитационном исследовании. Следуя принципам устранения недостатков и постоянного совершенствования, возможно: повысить уровень общественного доверия к МО как к организации, которая ставит во главу угла безопасность пациентов и высокое качество медицинского обслуживания; соблюдать права пациентов, формировать у них правильное представление об их состоянии и проводимом лечении, обеспечить себе содействие со стороны родственников; создать безопасные условия труда, повысить его производительность и обеспечить благоприятный моральный климат в коллективе; эффективно решать вопросы своего финансирования, опираясь на показатели качества лечения и обслуживания; обеспечить эффективное руководство работой, ориентированное на приоритетность качества медицинской помощи и безопасности пациентов. При успешном прохождении аккредитации и подтверждении адекватного и современного лечения пациентов и надлежащего ухода за ними МО получает конкурентное преимущество перед организациями, предоставляющими подобные услуги. Это справедливо как при выборе МО самим пациентом, так и при заключении договоров со страховыми медицинскими организациями и другими юридическими лицами. Кроме того, аккредитация – это публичная демонстрация готовности и возможности МО предоставить услуги на самом высоком уровне. Как правило, аккредитация проводится на добровольной основе. В то же время она накладывает на МО обязательства по соблюдению установленных требований (обеспечение качества лечебно-диагностического процесса, его безопасности; достижение результатов; постоянное снижение всевозможных рисков для пациентов и персонала).

После принятия решения о необходимости аккредитации следует определить, какими нормами будут сравниваться показатели деятельности МО (и которые придется выполнять в дальнейшем). Безусловно, обязательными являются требования федерального и регионального законодательства, а также подзаконные нормативно-правовые акты (постановления органов власти, приказы органов управления здравоохранением и т. д.). Необязательный характер имеют рекомендации, методические указания, руководства, письма и т. п. С точки зрения национального законодательства, международные нормы не являются обязательными, и вопрос о необходимости им соответствовать МО решает самостоятельно, но очень многие аспекты совпадают с требованиями Росздравнадзора. Международные нормы подразделяются на обязательные (требования) и необязательные (рекомендации), что следует учитывать для прохождения международной аккредитации. Все международные нормы можно разделить на три группы:

- 1) Организационно-медицинские (применимые к процессу организации медицинской помощи),
- 2) Собственно медицинские (применимые к тактике обследования и лечения),
- 3) Управленческие (применимые к менеджменту организации).

В качестве требований можно привести JCI (Joint Commission International), KTQ (Kooperation Transparenz Qualität), ACHS (Australian Council on Healthcare Standards), Canadian Society for International Health (Accreditation Canada), CHKS (Caspian Healthcare Knowledge System, Великобритания). Наиболее авторитетными считаются:

- Joint Commission International,
- Trent Accreditation Scheme,
- Australian Council for Healthcare Standards International,
- Canadian Council on Health Services Regulation.

В некоторых странах протоколы могут быть обязательными – например, протоколы ведения больных, разработанные Американской ассоциацией кардиологов. К рекомендательным относится и Соглашение международного семинара системы менеджмента качества для организаций здравоохранения (IWA), базирующееся на требованиях стандарта ISO 9001:2015. Среди управленческих норм также можно выделить требования (например, стандарты ISO 9001:2015, ISO 13485, ISO 27000) и рекомендации (например, EFQM, TQM, ISO 9004). Как и в случае с протоколами лечения, в некоторых странах (Испания, Люксембург) выполнение EFQM учреждениями здравоохранения обязательно и финансируется государством. Стратегическими целями МО являются обеспечение высокого качества медицинской помощи и оптимизация стоимости лечения случая заболевания. Для достижения этих целей наиболее целесообразен

интегрированный подход к выбору соблюдаемых МО международных требований. Это требования для указанных выше трех групп, ориентированных на деятельность всего учреждения (JCI, ISO), лечение заболеваний (протоколов ведения больных, рекомендаций профессиональных ассоциаций) и модели менеджмента (EFQM).

*Стандарты Joint Commission International.* Одна из наиболее авторитетных международных аккредитующих организаций в мире – Joint Commission International (JCI), миссия которой – повысить уровень безопасности и качества медицинской помощи в рамках международного сообщества. Достижение целей JCI обеспечивается соблюдением требований стандартов, составляющих две группы:

1 группа - Стандарты, ориентированные на пациентов;

2 группа - Стандарты по управлению медицинским учреждением

Стандарты JCI рассматривают деятельность, ориентированную на пациента. Они функционально сгруппированы таким образом, чтобы отразить порядок оказания медицинских услуг в лечебных учреждениях, являются своеобразной точкой отсчета для подготовки к аккредитации. И даже если МО не намерено подавать заявку на аккредитацию в ближайшем будущем, они помогут объективно оценить его структуру и деятельность.

Остановимся подробнее на стандартах по управлению клиникой и обеспечению безопасности, которые включают в себя, в том числе вопросы общей безопасности и охраны, безопасности жизнедеятельности, инженерных сетей и коммуникаций, медицинского оборудования, утилизации опасных отходов, готовности к чрезвычайным ситуациям. Стандарты квалификации и обучения персонала определяют требования к планированию и управлению персоналом, оценке компетенций, аттестации и выдаче персональных разрешений на оказание определенных услуг пациентам, повышению его квалификации и расширению перечня оказываемых услуг, работе с просьбами и обращениями персонала. Стандарты управления системой связи и передачи информации рассматривают методы получения, обработки и использования информации (на всех видах носителей) для координации и обеспечения оказываемых услуг. При условии выполнения перечисленных стандартов JCI предлагает программу аккредитации медицинских учреждений.

Стандарты JCI непрерывно совершенствуются в соответствии с возрастающими потребностями и ожиданиями общества. В этой работе участвует множество международных экспертов из разных стран мира. Стандарты JCI одобрены региональными консультативными советами JCI в Азиатско-Тихоокеанском регионе, Европе, на Ближнем Востоке и представляют собой основу для аккредитации и сертификации любых объектов

здравоохранения. Кроме того, они применяются для создания новых аккредитационных программ в различных странах и используются государственными учреждениями и ведомствами для оценки безопасности и качества медицинского обслуживания населения. Следует отметить, что публичная демонстрация качества и безопасности услуг МО становится все более значимым фактором для привлечения клиентов и инвесторов. В странах, где имеется опыт аккредитации МО, происходит постепенное изменение взглядов на этот процесс. Эти изменения касаются следующего. Во-первых, аккредитация начинает восприниматься не как «фотоснимок», а как «фильм» – т. е. непрерывный процесс, направленный на достижение конкретных целей. Во-вторых, состязательный аспект уступает место использованию результатов аккредитации для последующего совершенствования. Подготовка к аккредитации перестает пониматься как подготовка к экзамену и становится средством улучшения организации и извлечения внутрикорпоративной выгоды. В-третьих, отношение к процессу оценки как сводящемуся к выполнению отдельных принципов и формальностей трансформируется в понимание комплексной проверки всей системы оказания помощи. И, наконец, происходит переход от оценки последствий замечаний, выявленных при аккредитации, к пониманию возможностей, которые были упущены ранее и не должны быть упущены впредь. Таким образом, процедура международной аккредитации сегодня не нацелена на получение награды, но призвана оказать помощь в совершенствовании деятельности МО.

В 2019 году Правительство Российской Федерации утвердило «Стратегию развития экспорта услуг до 2025 года»<sup>4</sup>, в которой среди приоритетных задач указана финансовая поддержка медицинских организаций: средства выделяются на аккредитацию по международным стандартам Joint Commission International.

Стратегию подготовило Минэкономразвития с целью создания «предпосылок для повышения конкурентоспособности российских услуг на глобальных рынках»<sup>5</sup>. Авторы признают, что по индексу медицинского туризма (МТИ) состояние отечественного здравоохранения оценивается как низкое. Одним из способов развития медицинского туризма является создание прозрачной системы оказания медицинской услуги, внедрение менеджмента качества и международная аккредитация. Как было отмечено, международная организация JCI с 1994 года занимается оценкой медучреждений по собственным критериям безопасности и качества медпомощи. В России сертификат JCI есть у Больницы скорой медицинской помощи в Набережных Челнах, московских ОАО

---

<sup>4</sup> Распоряжение Правительства РФ от 14.08.2019 N 1797-р «Об утверждении Стратегии развития экспорта услуг до 2025 года». <http://www.consultant.ru/law/hotdocs/58975.html/>.

<sup>5</sup> Стратегия развития экспорта услуг до 2025 года. <http://www.v2b.ru/articles/strategiya-razvitiya-rossiyskogo-eksporta-uslug-do-2025-goda/>

«Медицина», сети, объединяющей стоматологии «Дентал Фэнтези», Belgravia Dental Studio и многопрофильную детскую клинику «Фэнтези». В 2018 году аккредитацию прошел Европейский медицинский центр (ЕМС), ведут работу в этом направлении ГК «Медси» и Боткинская больница.

#### **4 Удовлетворенность населения и необходимость внедрения СМК**

По определению ВОЗ, удовлетворенность населения медицинской помощью является одним из показателей ее качества

Согласно стратегии, озвученной в Послании Президента РФ В.В. Путина Федеральному Собранию 20 февраля 2019 года, основное внимание в повышении доступности и качества медицинской помощи уделяется медицинским организациям первичного звена здравоохранения.

Как показывает мировой опыт, уровень информированности пациентов и уровень их приверженности лечению коррелируют. Интересно, что своевременное напоминание о необходимости обследования посредством, например, почтовых карточек показывает существенный рост приверженности пациентов длительной терапии.

Немаловажным компонентом установления конструктивного взаимодействия врача и пациента является принятие пациентами трансформации функций медицинских работников на фоне оптимизации профессиональной структуры кадров в здравоохранении. В современных условиях от врачей ожидается не только выполнение непосредственных рабочих обязанностей, но и совершенствование личностных коммуникативных навыков (включая взаимодействие посредством современных цифровых и информационных технологий), что напрямую влияет на уровень удовлетворенности пациентов медицинскими услугами.

Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» от 21.11.2011 №323-ФЗ определено, что важнейшими задачами учреждений первичного звена здравоохранения, к которым относятся и поликлиники (самостоятельные или в составе больниц, медсанчастей и др.) является оказание первичной доврачебной, первичной врачебной, специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи. И пациент, как потребитель медицинских услуг, вправе рассчитывать на получение своевременной и качественной медицинской помощи.

Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» говорит о необходимости «... обеспечить формирование независимой системы оценки качества работы организаций,

оказывающих социальные услуги, включая определение критериев эффективности работы таких организаций и введение публичных рейтингов их деятельности».

Низкое качество услуг здравоохранения не только усугубляет глобальное бремя болезней, но и способствует росту неудовлетворенных потребностей в области охраны здоровья населения.

Одним из возможных путей повышения уровня удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи выступает регулярное изучение мнения пациентов по ключевым показателям (доступность и качество медицинских услуг, комфорт, маршрутизация пациентов, время ожидания услуги и др.), а также конструирование представления о социальном портрете типичного пациента медицинской организации для адресной работы с целевой аудиторией.

В медицинских организациях могут использоваться различные системы менеджмента качества ISO 9001:2015, JCI, EFQM и др., но все они предусматривают систематическую оценку пациентами качества предоставляемых услуг.

## **5 Потенциальные выгоды от построения системы менеджмента качества в современных условиях для всех участников процесса оказания медицинской услуги**

Системы менеджмента качества в здравоохранении являются мощным инструментом повышения качества медицинских услуг и удовлетворенности пациентов и других заинтересованных сторон.

Основными причинами их внедрения в учреждениях здравоохранения являются:

- внешнее давление пациентов и других заинтересованных сторон в улучшении качества медицинской помощи (органы управления здравоохранением, фонды ОМС, страховые медицинские организации, различные общественные организации и т.д.),
- желание руководства, а часто и самих сотрудников учреждения здравоохранения совершенствовать процессы оказания медицинской помощи с целью повышения ее качества и эффективности.

Для коммерческих медицинских организаций помимо указанных выше причин имеет значение получение сертификата на соответствие СМК ГОСТу ISO 9001:2015 "Системы менеджмента качества. Требования" (утв. приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 22.12.2011 N 1575-ст). Наличие подобного документа дает МО определенные маркетинговые преимущества.

Несомненно, что роль рассмотренных причин со временем будет только возрастать. В будущем наличие в учреждении здравоохранения в рабочем состоянии СМК будет таким же обязательным требованием, как соблюдение медицинских стандартов, санитарных правил и других нормативно-правовых актов.

Внедрение СМК побуждает МО более активно анализировать существующие и потенциальные требования и запросы потребителей и других заинтересованных сторон, определять процессы, способствующие оказанию качественных медицинских и иных услуг, системно управлять этими процессами и их взаимодействием.

Деятельность по обеспечению качества медицинского учреждения должна быть направлена как на клинический, так и на организационный аспект предоставления медицинских услуг. В предоставлении медицинских услуг можно выделить несколько потоков: поток пациентов, информации, материалов, процесса оказания клинической помощи; возможна также любая комбинация этих потоков. Качество результата во многом зависит от качества процесса, который предопределяет данный результат, поэтому процесс должен быть постоянно в центре нашего внимания в течение работы по улучшению качества. Чтобы достигнуть нового уровня в качестве нашей деятельности, мы должны рассматривать процесс с нескольких точек зрения. Сейчас почти любой процесс в медицинской деятельности является намного более сложным, чем это необходимо. Из этого следует, что ненужные его этапы и избыточные виды деятельности являются причинами неудовлетворительных результатов и больших затрат. Множество серьезных проблем качества возникает в «промежутках» между этапами процесса, различными его функциями или во взаимоотношениях между разными подразделениями, принимающими в нем участие. Все недостатки процесса дают в конечном счете дополнительные затраты, которые не улучшают качества услуг, получаемых потребителем. Чтобы увидеть и оценить возможные проблемы, необходимо постоянно контролировать все процессы деятельности и анализировать потенциальные риски с целью их ликвидации или сокращения.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Во многом неадекватность системы менеджмента качества в медицинских организациях привела к тем сложностям, с которыми Россия столкнулась, переживая пандемию коронавируса. Вместе с тем следует учитывать, что и системы здравоохранения развитых стран со значительно большими государственными расходами на здравоохранение оказались не готовы к новому вирусу, что привело и к многочисленным человеческим жертвам, и к тяжелым последствиям для экономики всех

без исключения государств. Экономический кризис был вызван повсеместными карантинами с тем, чтобы разгрузить медицинские организации, которые в противном случае не смогли бы оказывать необходимую медицинскую помощь многим нуждающимся. Опыт пандемии показал, что системы здравоохранения организационно (управленчески) были вынуждены перестраиваться буквально на ходу. Выявилась острая нехватка инфекционных коек и инфекционистов, дефицит оборудования и лекарственных средств. Все эти моменты должны будут учитываться в будущем, при этом потребуется пересмотр многих показателей качества медицинской помощи и систем здравоохранения в целом, как в России, так и за рубежом.

### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Столбова, Д. В. Система менеджмента качества как основа эффективного управления медицинским учреждением / Д. В. Столбова, Д. В. Захарова, Ф. Н. Варцаба. // Медицина и здравоохранение: материалы V Междунар. науч. конф. (г. Казань, май 2017 г.). — Казань: Бук, 2017. — С. 95-99.
2. P.K. Lindenauer [et al.]. Public reporting and pay for performance in hospital quality improvement // *The New England Journal of Medicine*. — 2007. — Vol. 356. — P. 486–496.
3. Ssengooba F, McPake B, Palmer N. Why performance-based contracting failed in Uganda: an «open-box» evaluation of a complex health system intervention. *Social Science and Medicine*. 2012;75(2):377–83.
4. Das J, Hammer J. Location, location, location: residence, wealth, and the quality of medical care in Delhi, India. *Health Affairs (Millwood)*. 2007;26(3): w338–51.
5. Continuous quality development: a proposed national policy, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1993 (document EUR/ICP/CLR 059)
6. Прохода В.А. Оценка национальной системы здравоохранения жителями России и других европейских стран // *Политика и Общество*. – 2018. – № 10. – С. 65 - 77.  
[https://nbpublish.com/library\\_read\\_article.php?id=27654](https://nbpublish.com/library_read_article.php?id=27654)
7. Hulka B.S., Zyzanski S.J., Cassel J.C., Thompson S.J. Scale for the measurement of attitudes toward physicians and primary medical care. *Med Care*. 1970; 8(5): 429-36.
8. Ware J.E., Snyder M.K. and Wright W.R. Development and Validation of Scales to Measure Patient Satisfaction with Medical Care Services. Development and Validation of Scales to Measure Patient Satisfaction with Medical Care Services. Vol I, Part B: Results Regarding Scales Constructed from the Patient Satisfaction Questionnaire and Measures of Other Health Care Perceptions. *National Technical Information Service* 1976; No. PB 288-329.
9. Larsen D.L., Attkisson C.C., Hargreaves, W.A., Nguyen, T.D. Assessment of



client/patient satisfaction: Development of a general scale. Evaluation and Program Planning. 1979; 2, 197-207

10. Service evaluation questionnaire. <https://www.questionpro.com/survey-templates/service-evaluation-surveys/>

11. Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems. [https://www.mghpcs.org/eed\\_portal/Documents/PatExp/What\\_is\\_HCAHPS.pdf](https://www.mghpcs.org/eed_portal/Documents/PatExp/What_is_HCAHPS.pdf) .

12. The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries. International Journal for Quality in Health Care, Volume 14, Issue 5, October 2002, Pages 353–358, <https://doi.org/10.1093/intqhc/14.5.353>

13. Picker’s adult in-patient questionnaire. <https://www.picker.org/news/the-2018-adult-inpatient-survey-results-show-declines-across-many-elements-of-care/>

14. Satisfaction with Outpatient Services. <https://www.dovepress.com/satisfaction-of-outpatient-service-consumers-and-associated-factors-to-peer-reviewed-fulltext-article-PROM>

15. Seattle Outpatient Satisfaction Questionnaire. <https://sites.google.com/view/kfkjjonpus/seattle-outpatient-satisfaction-questionnaire-slsq>

16. Бедорева И. Ю. Роль принципов всеобщего менеджмента качества в управлении федеральным учреждением здравоохранения // Хирургия позвоночника. — 2006. -№ 4.-С. 75–83.

17. Брескина, Т. М. Обеспечение качества медицинских услуг и конкурентоспособности медицинской организации на основе внедрения принципов концепции TQM (Всеобщего управления на основе качества) / Т.М Брескина // Система менеджмента качества на службе здравоохранения: Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. — Курган, 2007. — С. 14–15.

18. Коростелев С. А. Обеспечение качества медицинской помощи в условиях глобализации и гармонизации требований к медицинским услугам / С. А. Коростелев, А. И. Иванов, П. М. Исмаилова, Л. В. Удалова // Медицинский бизнес. «Медтехника. Лекарства. Дезсредства. Изделия медназначения». 2009. № 9 (183). С. 76–78.