

Предложения по улучшению качества медицинских услуг на основании совместного отчета ОЭСР, ВОЗ и Всемирного банка

В ответ на вопрос о низком качестве медицинских услуг, озвученный Главой государства Премьер-министру РК 19 июля текущего года.

ОЭСР, ВОЗ и Всемирный банк издали в 2018 году совместный аналитический отчет с предложениями по повышению качества медицинских услуг под названием «Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage» (далее – отчет) в рамках достижения целей устойчивого развития (далее – ЦУР) к 2030 году.

Предисловие к отчету подписано Генеральным директором ВОЗ г-ном Тедрос Гебрейесус, Президентом Группы Всемирного Банка (ВБ) г-ном Джим Йонг Ким и Генеральным Секретарем ОЭСР г-ном Ангел Гурриа. Отчет был презентован в мае 2018 года в г.Женева, Швейцария, в ходе 71-ой Всемирной Ассамблеи Здравоохранения. Отчет доступен в открытом доступе по ссылке <http://apps.who.int/iris/handle/10665/272465>.

В отчете отмечается, что всеобщий охват медицинскими услугами (universal health coverage, УНС) подразумевает не только финансовую протекцию и покрытие, но и **качественное и безопасное оказание медицинских услуг** в достижении ЦУР. Доказательная база демонстрирует, что некачественные медицинские услуги приводят к значительным необоснованным затратам ресурсов и наносят вред населению, снижая потенциал и продуктивность человеческого капитала. Поэтому качество медицинских услуг и, особенно, безопасность пациента являются неотъемлемой основой для создания доверия к медицинским услугам и ключом к созданию глобальной защиты здоровья. Качественные медицинские услуги, как констатируется в отчете, приводят к улучшению человеческого капитала и усилению экономики.

Высококачественные медицинские услуги неверно ассоциируются с высокими затратами, которые могут себе позволить только богатые страны. Отчет опровергает это и доказывает, что построение системы оказания качественных медицинских услуг требует не только ресурсов, но прежде всего культуры транспарентности, вовлечения и открытости к результатам, что доступно любой стране вне зависимости от уровня доходов.

Далее представлены выдержки из отчета о ключевых интервенциях (вмешательствах), которые совместно позволяют достичь высокого качества медицинских услуг в системе здравоохранения страны (из стр.81-88 отчета). А именно, в совместном отчете ОЭСР, ВОЗ и ВБ представлены **23 интервенции** (пункта), которые изложены согласно тексту первоисточника, с дополнением в пунктах 1-6 сравнительной текущей ситуации в РК.

1. Лицензирование врачей как поставщиков медицинских услуг является ключевым фактором эффективной и качественной системы здравоохранения согласно совместного отчета ОЭСР, ВОЗ и ВБ. Могут наблюдаться незначительные различия между лицензированными и нелицензированными врачами в соблюдении мер по безопасности. Однако лицензированные врачи знают, какие необходимые дальнейшие вмешательства нужно предпринять для соблюдения стандартов ухода за пациентом и обеспечения качественного медицинского обслуживания. Систематический мониторинг качества, индивидуальная обратная связь с поставщиками, а также обучение пациентов и другие нижеперечисленные методы являются другими методами повышения качества медицинской помощи.

Ситуация в РК

В РК деятельность врача регулируется не лицензированием врачей как поставщиков медицинских услуг, а системой обязательной сертификации и добровольного определения и присуждения соответствия квалификационной категории на основании независимой оценки знаний и навыков медицинского работника. Функция независимой оценки знаний и навыков медицинского работника выполняется согласно лучшей международной практике в независимой среде профессионально подготовленной организацией, аккредитованной на выполнение данной функции у МЗ РК.

Однако имеют место случаи **фальсификация результатов** независимой оценки лицами, не сумевшими успешно сдать оценку знаний или навыков, которые предоставляют далее в ТД КООЗ фальсифицированный документ, на основании которого государственный орган выдает сертификат, дающий право работать. Несмотря на внедрение с 2018 года механизма защитного **QR-кода**, **ТД КООЗ в связи с отсутствием у государственных органов доступа к частным сайтам в интернет и отсутствием требования сверять с QR-код через сайт организации по оценке**, не проверяет каждый образец результата оценки знаний и навыков, представленный претендентом, на действительность через уникальный QR-код через сайт аккредитованной некоммерческой организации РОО «НЦНЭ».

Сами требования к экзамену для обязательной сертификации являются заниженными сравнительно с международной практикой. Так, **проходной балл** для получения сертификата специалиста – что является обязательным условием для допуска к практике, составляет **всего 50%** согласно НПА РК, тогда как в мире он составляет от **75% до 90%**, а количество вопросов в тестировании для получения сертификата специалиста составляет всего **50 вопросов**, тогда как в развитых странах – это **не менее 250 вопросов за один этап оценки**, а количество этапов обязательной оценки составляет от **2 до 3**.

В РК необходимо внедрить **обязательную сверку подлинности документов** претендентов на всех этапах сертификации ТД КООЗ, а также **ужесточить и привести в соответствие с мировой практикой качество экзаменационного материала (глубину и широту круга вопросов)**, а также **повысить проходной балл при оценке знаний и навыков**, что приведет к временному повышению доли не сдавших экзамен лиц и усилению кадрового дефицита, но повысит качество медицинских услуг за счет недопущения к практике некачественно подготовленных кадров.

Касательно перехода от сертификации к лицензированию врачей: изучен международный опыт (отчет консультанта проекта Всемирного Банка от 2015 года), проведен ряд обсуждений в МЗ РК, но решение предполагается принять после обширного обсуждения данного вопроса с профессиональной средой.

2. Аккредитация медицинских организаций – это общественное признание уровня производительности (деятельности) организации внешним органом по отношению к набору предустановленных стандартов. Согласно исследованию, проведенному в Египте¹, средняя удовлетворенность пациентов была значительно выше у аккредитованных организаций. Преимущества аккредитация – это повышение доверия со стороны населения, саморегулирующееся ответственное поведение со стороны медицинских учреждений и

¹ ссылка на литературу представлена в отчете ОЭСР, ВОЗ, ВБ на стр. 89

основание для мотивации и наказания в зависимости от деятельности медицинской организации. Поддержание эффективной программы аккредитации может быть сложной задачей по нескольким причинам: необходимость дополнительных ресурсов для устранения структурных и эксплуатационных недостатков медицинской организации во время подготовки к аккредитации, постоянная адаптация к стандартам аккредитации, финансирование для прохождения национальной и / или международной аккредитации. Во многих странах до внедрение полноправной системы национальной аккредитации необходим период технической методологической поддержки.

Ситуация в РК

В РК аккредитация медицинских организаций внедрена с 2009 года. С 2018 года аккредитация медицинских организаций проводится согласно международным стандартам на основе передачи функции аккредитации от государственного органа (КООЗ МЗ РК) в аккредитованную организацию, с последующем выведением функции в негосударственную профессиональную среду. Стандарты аккредитации были трижды обновлены, согласно международной практике, каждые 4 года, и сертифицированы Международным обществом по качеству в здравоохранении (ISQua). Также, аккредитующая организация и система обучения аудиторов были сертифицированы ISQua, что доказывает соответствие казахстанской системы национальной аккредитации всем международным требованиям в этой области. Планируется повсеместное внедрение обновленных стандартов аккредитации в медицинских организациях РК и тем самым повысить охват аккредитацией от 45% до 90% поставщиков медицинских услуг, в том числе частных, до 2020 года.

3. Клиническое управление – это концепция, используемая для улучшения управления, подотчетности и обеспечения качественного ухода, и включает в себя систематическое продвижение таких видов деятельности, как: **клинический аудит** (экспертиза качества оказания медицинских услуг); **управление клиническими рисками**; **вовлечение пациента** в уход и лечение; **профессиональное образование** и развитие медицинских кадров; исследование и развитие **клинической эффективности**; использование **информационных систем** и работа постоянно-действующих **медицинских комиссий в медицинских организациях**. В целом эти мероприятия обозначаются как «clinical governance activities» (управление клинической деятельностью) и они эффективны как в развитых, так и развивающихся странах. Наиболее приемлемыми механизмами для продвижения управления клинической деятельностью являются те, которые признают профессиональное лидерство (то есть лидерство **медицинских работников над административными работниками**) и позволяют внедрять это в личной профессиональной практике врачей и других медицинских работников.

Ситуация в РК

Исторически в медицинских организациях РК функционирует **система управления клинической деятельностью** через:

- 1) наличие заместителя первого руководителя по клинической деятельности, а также по контролю качества медицинских услуг;
- 2) постоянно-действующие медицинские комиссии – комиссия по исследованию летальных случаев, по инфекционному контролю, формулярная комиссия (по вопросам

лекарственной терапии), и др. на уровне медицинской организации, а также на уровне области и страны – профильные координационные советы, штабы по исследованию причин материнской и младенческой смертности и околопотерь;

3) работа службы внутреннего аудита/ управления качеством/ поддержки пациента, в составе которой врачи – клинические аудиторы осуществляют экспертизу медицинских карт и участвуют в анализе случаев некачественного оказания медицинской помощи на уровне медицинской организации. Со стороны государственного органа осуществляется государственный контроль качества медицинских услуг (ТД КООЗ РК).

Внедрение информационных систем проводится в рамках национального проекта по цифровизации здравоохранения.

Повышение профессиональной квалификации медицинских работников проводится согласно действующему НПА в **нелицензируемой среде**, что привело к снижению качества непрерывного профессионального развития (далее – ННР) согласно обратной связи от работодателей, пациентов и медицинских работников. Через изменения в НПА **необходимо ужесточить допуск поставщиков услуг к рынку образовательных услуг и внедрить систему контроля качества услуг ННР в здравоохранении с целью повышения их качества.**

4. Публичная отчетность – это стратегия, используемая для повышения прозрачности и подотчетности по вопросам качества и стоимости в системе здравоохранения путем предоставления сравнительной информации медицинскими организациями и поставщиками медицинских услуг потребителям, плательщикам. Это включает в себя разные виды информации и отчетности, доступной потребителям и плательщикам, как например, результаты работы медицинских организаций, сравнительные цены для населения и сравнительный анализ клинических показателей для поставщиков (бенчмаркинг). В развитых странах – Канаде, Великобритании и США – внедрение публичной и достоверной отчетности медицинских организаций катализировало улучшение их деятельности.

Ситуация в РК

В рамках проекта по внедрению корпоративного управления и менеджмента медицинские организации реструктурируют сайты, создают аккаунты в социальных сетях и выкладывают ключевые сведения о деятельности медицинских организаций. Планируется в рамках проекта между РЦРЗ, АО «Казахтелеком» и компанией «MedElement» стандартизовать структуру сайтов медицинских организаций с целью повышения прозрачности с предоставлением на сайте медицинской организации публичной и достоверной отчетности о ее деятельности.

В рамках постаккредитационного мониторинга с 2018 года начат регулярный сбор и анализ клинических показателей аккредитованных медицинских организаций, которые публикуются аккредитующей организацией ежегодно.

Также по обновленной методике рейтинговой оценки медицинских организаций, подведомственная организация МЗ РК проводит ежегодный рейтинг клинической, управленческой и научной деятельности медицинских организаций по системе пяти звезд вне зависимости от формы собственности, участвующих в государственном заказе в системе ГОБМП и ОСМС, результаты которого доступны по ссылке: http://www.rcrz.kz/index.php/ru/?option=com_content&view=article&id=1298

В новой методике рейтинга в зависимости от профиля включены *следующие новые индикаторы*, чувствительные к пациент-ориентированному сервису и качеству:

- Наличие наблюдательного совета;
- Рентабельность активов (ROA);
- Темп роста пролеченных в рамках стационар-замещающей терапии;
- Организация неотложной медицинской помощи для обслуживания вызовов 4 категории срочности (для организаций ПМСП);
- Использование медицинской информационной системы;
- Наличие международных сертификатов по оценке деятельности медицинской организации (например, международная аккредитация);
- Соотношение среднемесячной заработной платы врача на 1 ставку к среднемесячной з/п в экономике региона (клинических, параклинических отделений, кроме административно-управленческого персонала);
- Уровень удовлетворенности медицинского персонала условиями труда;
- Наличие корпоративного официального веб-сайта;
- Наличие официального аккаунта в социальных сетях;
- Возможность электронной записи на прием к врачу через e.gov;
- Наличие схем навигации и маршрутизации пациента.

Рейтинговая оценка деятельности медицинских организаций может рассматриваться в качестве одной из составляющих процесса управления качеством медицинской помощи. Через информирование потребителей о деятельности поставщиков, рейтинг мотивирует поставщиков непрерывно улучшать показатели деятельности и дает пациентам возможность осуществлять свое право выбора медицинской организации для лечения.

5. Финансирование на основе эффективности – это широкий термин для обозначения разных способов и форм вознаграждения, предоставляемого поставщикам медицинских услуг за оказанные услуги на основе показателей эффективности и исходов для пациентов. Часто сумма, зависящая от производительности, является подкомпонентом полной оплаты за медицинскую услугу.

Ситуация в РК

В РК внедрено и практикуется поощрение оплаты за результат (ценностно-ориентированная система оплаты за медицинские услуги) через стимулирующий компонент СКПН для организаций ПМСП, где на основании достижения индикаторов качества поставщик получает до 10% дополнительного объема подушевого финансирования. Для организаций, имеющих международную аккредитацию (JCI), выплачивается дополнительное финансирование в размере от 4 до 6% от стоимости пролеченных случаев для мотивации поддержания международных стандартов качества и безопасности пациента.

В стационаре и в других формах медицинской помощи также внедрены элементы оплаты (стимулирования либо штрафования) в зависимости от результата.

С переходом на ОСМС механизм оплаты со стороны ФСМС за оказанные медицинские услуги поставщикам в зависимости от их качества и исходов для пациента подлежит дальнейшему совершенствованию, в том числе путём цифровизации для повсеместного и эффективного контроля качества услуг со стороны плательщика.

6. Обучение и контроль над медицинскими работниками (“training and supervision”) – то есть обучение и наставничество – является одним из наиболее распространенных мер по улучшению качества медицинского обслуживания в странах с низким и средним уровнем доходов. Исследования показывают ключевую роль не только непрерывного повышения квалификации (НПР) медицинских работников, но и поддержки медицинских работников со стороны руководства медицинской организации как решающее значение – поэтому спонсоры (плательщики) программ НПР и политики должны в приоритет ставить контроль над медицинскими работниками (наставничество).

Ситуация в РК

Повышение профессиональной квалификации медицинских работников проводится согласно действующему НПА в **нелицензируемой среде**, что привело к снижению качества непрерывного профессионального развития (далее – НПР) согласно обратной связи от работодателей, пациентов и медицинских работников. Через изменения в НПА **необходимо ужесточить допуск поставщиков услуг к рынку образовательных услуг и внедрить систему контроля качества услуг НПР в здравоохранении с целью повышения их качества**. Также планируется продолжать внедрять институт менторства и наставничества в здравоохранении.

7. Регулирование лекарственных средств улучшает качество лекарств, как произведенных, так и доступных. От 5% до 15% стран-членов ВОЗ публикуют факты фальсификации лекарственных средств, что является существенно заниженным показателем. ВОЗ констатирует недостаточное регулирование в области ЛС в мире. По оценке ВОЗ, 30% стран не имеют регулирования лекарственных средств или в стране регулирующий орган не функционирует должным образом. В связи с тем, что регуляторный орган в области лекарственных средств требует высококачественного человеческого потенциала, который ограничен в развивающихся странах, менее развитые страны полагаются на результаты регуляторных органов развитых стран в области ЛС. Однако, это не освобождает менее развитые страны от ответственности внедрения и соблюдения требований, так как именно на этапе соблюдения регуляторных требований, клинические и иные руководства развитых стран не находят синхронное исполнение в менее развитых странах. Лучшая мировая практика назначения лекарственных средств показывает, что успешные инструменты как в развитых, так и в развивающихся странах включают: стандартные руководства и протоколы лечения, списки основных лекарств (essential medicine lists), формулярные и лечебно-контрольные комиссии в медицинских организациях, профессиональное обучение и переподготовка, а также целевое обучение работников на рабочем месте.

8. Инспекция медицинских организаций по минимальным стандартам безопасности (проверка не только здания, но и медицинской деятельности) может быть использована в качестве механизма для обеспечения базовых возможностей и ресурсов для поддержания безопасной клинической окружающей среды. Доказано, что инспекция зданий помогает повысить постоянство выполнения стандартов, обеспечить правильную коммуникацию и интерпретацию стандартов, утвержденных соответствующим министерством страны, помочь медицинским работникам понять требования стандартов для

постоянного их исполнения в практике. Как минимум, инспекции помогают определить основополагающие структурные элементы для качества услуг: источник чистой **воды**, надежный источник основной и альтернативной **электроэнергии**, укомплектованность адекватным количеством **квалифицированных медицинских работников**, четкая зона **ответственности руководства** организации, полнота ведения **медицинской документации** и **подотчетность**.

9. Протоколы безопасности адресуют многие из возможных рисков, которые угрожают здоровью пациентов. Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи (внутрибольничные инфекции – ВБИ), являются наиболее частым побочным эффектом в сфере оказания медицинской помощи во всем мире, наиболее распространенными из которых являются инфекции хирургических ран, инфекции кровеносных путей, мочевыводящих путей и нижних дыхательных путей. Исследования по гигиене рук показали, что эффективность гигиены может быть повышена от 10% до 50%, и гигиена рук ассоциирована со снижением ВБИ. Внедрение протоколов и стандартов зависит от многих структурных факторов – включая ранг и должность работника, место оказания услуг (подразделение), штатное расписание и наличие кадров, оборудования и изделий, таких как перчатки. Внедрение протоколов должно учитывать контекст и обстановку. Изменение поведения сотрудников требует **многовекторного подхода**, фокусирующегося на изменении системы, административной поддержке, мотивации, доступности ресурсов – оборудования и изделий, а также интенсивном обучении и способах напоминания работникам о требованиях.

10. Чек-листы по безопасности как инструмент могут оказать положительное влияние на снижение как клинических осложнений, так и смертности вне зависимости от уровня развития страны. Успешное **использование чек-листов** требует качественного образования клинического персонала, материальных ресурсов и интеграции чек-листов в более широкие институциональные усилия, и эти факторы играют большую роль для менее развитых стран. Неправильное применение чек-листов в более бедных странах может не только не повысить безопасность пациента, но и наоборот – внести новые риски как фальсификация документации, демотивация персонала и другие опасные для медицинского ухода действия. Внедрение чек-листов в хирургии происходит успешнее в стабильной установившейся обстановке, в рамках многовекторной программы по безопасности пациента.

11. Отчеты об инцидентах – это документирование неблагоприятных или нежелательных медицинских происшествий, случившихся в результате оказания определенных медицинских услуг пациенту. Необходимо внедрять сообщение об инцидентах – о медицинских ошибках – так как это является стратегией **повышения осведомленности, прозрачности и стимулирования подотчетности** в отношении небезопасного ухода. Неблагоприятные события, связанные с медицинской помощью, являются одним из основных источников заболеваемости и смертности во всем мире. На 421 миллион госпитализаций в мире ежегодно случается около 42,7 миллионов медицинских ошибок (неблагоприятных происшествий), которые приводят к 23 миллионам потерянных за год лет жизни, скорректированных по нетрудоспособности (англ. DALY, сокр. от «disability-adjusted life years»).

Две трети всех медицинских ошибок (неблагоприятных происшествий) происходят в странах со средним и низким достатком. Именно **из-за медицинских ошибок** (неблагоприятных происшествий) пациенты в менее развитых странах **отказываются от медицинских услуг государственного сектора**, что приводит к снижению доступности медицинской помощи вследствие барьера «небезопасная медицинская помощь». Также последствиями небезопасных услуг являются необоснованное пере-использование ресурсов, снижение потенциального дохода и продуктивности граждан в экономике.

12. Поддержка клинических решений (Clinical Decision Support) – это предоставление непосредственно медицинским работникам знаний и специфической для пациента информации, во время оказания медицинской помощи для принятия клинического решения. Это включает в себя клинические рекомендации, компьютеризированные оповещения и напоминания, шаблоны документации и диагностическую поддержку в рамках медицинской информационной системы (МИС). Данная мера по улучшению качества медицинских услуг может быть автоматизирована (встроена в медицинскую информационную систему).

13. Клинические протоколы, алгоритмы, и стандарты являются инструментами внедрения, основанными на доказательствах медицины, применяемыми с 1980-х годов. В развитых странах клинические алгоритмы (clinical pathways) улучшили медицинскую помощь для разных состояний, включая острый инфаркт миокарда (ОИМ) и инсульт. Например, благодаря внедрению программы по клиническому алгоритму в Австралии с чек-листами и напоминаниями, дополнительно 48% пациентов с ОИМ начали получать бета-блокаторы в течение 24-часов с момента госпитализации. Аналогично, внедрение клинического алгоритма среди пациентов с ИБС позволило дополнительно 55% пациентов получить аспирин или клопидогрел в течение 24-часов с момента госпитализации. В развивающихся странах клинические алгоритмы успешно внедряются для заболеваний как туберкулез и ВИЧ. Клинические протоколы и алгоритмы служат важным источником для сравнения работы врачей и должностных лиц общественного здравоохранения.

14. Клинический аудит и обратная связь – это стратегия улучшения медицинской помощи посредством отслеживания соблюдения четких стандартов и руководящих принципов, на основании которых дается **практически исполнимая обратная связь**. Во всем мире клинический аудит применяется для внедрения клинических руководств, где обратная связь используется для выявления необоснованного отклонения (вариации) от протоколов и руководств. Аудит проводится как на уровне индивидуального случая, так и на уровне всей организации. Исследования в развитых странах показали, что организации с лучшими показателями деятельности внедрили **своевременную, индивидуализированную и некарательную** («non-punitive») **обратную связь со стороны клинических аудиторов** в адрес медицинских работников в отличие от медицинских организаций с низкими показателями, которые не внедрили такую систему внутреннего аудита. Аудит и обратная связь помогают определить частоту медицинских ошибок и через письменный отчет по клиническим случаям, помогают клиническому персоналу выявлять и решать похожие проблемы.

15. Разбор заболевания и смертного случая (клинический разбор, комиссионный анализ, мультидисциплинарное совещание, консилиум) обеспечивает коллегиальный механизм самообучения для клинического персонала и для изучения, выявления и распознавания медицинских ошибок на системном уровне, при условии проведения разбора без страха наказания (страха привлечения к дисциплинарной ответственности). Исследования в мире – в разных географических и экономических контекстах – указывают следующие ключевые факторы успеха в клиническом разборе: важность участия в данном процессе администрации (руководства), вовлечение клинического и неклинического персонала, четкое определение целей разбора, отбор таких случаев для разбора, результаты которых имеют потенциал улучшения деятельности медицинской организации в целом и скоординированное последующее наблюдение за практикой.

16. Циклы (национальные инициативы) командного улучшения работы – это метод официального сотрудничества, объединяющий несколько команд из разных больниц или поликлиник для совместной работы над улучшением конкретной области оказания медицинской услуги в течение определенного периода времени. Составляющие части цикла – это обмен идеями по улучшению, повторные циклы тестирования идей на практике и совместное изучение результатов проведенной конкретной работы подряд в нескольких медицинских организациях. Исследования из развитых стран показывают, что проекты командного улучшения работы, такие как «Национальная инициатива по предотвращению хирургических инфекций» или «Инициатива по снижению доли кесаревых сечений» привели к колоссальному успеху командных проектов, когда уровень инфекций спал с 27% до 1.7%, а доля кесаревых сечений снизилась на 30% в течение нескольких месяцев. Есть исследования о высокой эффективности национальных подобных инициатив и в бедных странах. Мета-анализ 27 аналогичных инициатив показал, что в среднем такие проекты длились 14 месяцев, но для достижения 80% желаемого результата потребовалось 9.2 месяца.

17. Официальное вовлечение и активизация населения относится к активному и преднамеренному вкладу населения в эффективность системы медицинского обслуживания. Причастность населения имеет много форм и подходов – включая изменение поведения для профилактики и управления болезнями; активное участие в программах управления заболеваниями; вклад в разработку, выполнение и мониторинг медицинских программ и акций; предоставление ресурсов для здравоохранения. Барьеры в формализованном (официальном) вовлечении населения – это построение потенциала для активизации сообществ и микрорайонов, предоставление инструментов и продуктов для поддержки вовлечения населения, достаточная обратная связь и надзор со стороны медицинского персонала.

18. Грамотность населения в вопросах здоровья («health literacy») – это способность получать и понимать основную информацию о здоровье, необходимую для принятия соответствующих решений о медицинских услугах со стороны пациентов и их членов семьи и более широкого сообщества. Слабая грамотность населения является проблемой для качества медицинской помощи. Например, пациенты с низкой грамотностью испытывают трудности с соблюдением медицинских назначений, трудности при взаимодействии с

системой здравоохранения и с пониманием врачебных рекомендаций. Дополнительно, пациенты с низким уровнем грамотности в области своего заболевания имеют более низкое качество жизни, худшие показатели здоровья. Для устранения данной проблемы необходимо проводить **обучение пациентов** медицинскими работниками, расширять осведомленность населения о медицинских услугах, и для долгосрочного программирования поведения обеспечить внедрение определенных тем в учебные программы на уровне школьного образования.

19. Совместное принятие решений между врачами и пациентами часто используется для адаптации к потребностям и предпочтениям пациента с целью достижения лучших результатов лечения для пациентов. Значительное количество исследований указывают на **растущие потребности пациента в информации** и растущее **желание пациентов вовлекаться** в медицинское обслуживание. Нет исследований, указывающих на негативное влияние вовлечения пациента в совместное принятие решение о его лечении.

20. Группы поддержки пациентов – это инструмент по установлению связи между людьми, живущими с аналогичными клиническими состояниями, для обмена знаниями и опытом. Этот подход дополняет и улучшает другие медицинские услуги, создавая эмоциональную, социальную и практическую поддержку пациентам, необходимую для решения проблем со здоровьем и поддержания здорового образа жизни. Например, значительный объем литературы доказывает улучшение качества медицинского ухода вследствие создания групп поддержки взрослых пациентов с ВИЧ, которые помогли создать эффективные подходы в организации медицинской помощи для таких пациентов.

21. Удовлетворенность и обратная связь пациентов – это стратегия для более глубокого понимания и улучшения качества медицинских услуг путем принятия мер, основанных на опыте пациентов. Существенно повысилась роль этого инструмента в развитых странах, и литература указывает на четкую взаимосвязь, что чем выше субъективный показатель удовлетворенности пациента, тем лучше объективные показатели клинической деятельности. Несмотря на критику в литературе, что пациенты не могут объективно оценить качество медицинской помощи, исследования показывают, что есть связь между мнением пациентов и реальными клиническими исходами, а также доказано, что пациенты могут различать поверхностные признаки комфорта от значимого вовлечения в медицинскую помощь.

22. Инструменты самоконтроля пациентов – это технологии и методы, используемые пациентами и их семьями для управления проблемами, связанными с их здоровьем вне официальных медицинских учреждений. Учитывая растущую распространенность хронических заболеваний во всем мире, самоконтроль диабета служит хорошим примером. Например, обучающие программы по самоконтролю пациентов с диабетом доказали значительное снижение уровня гликированного гемоглобина и снижение затрат на медицинские услуги. В том числе к таким инструментам относятся **мобильные приложения** в связи с растущей популярностью мобильных телефонов с интернет – как затратно-эффективный (экономный) метод самоменеджмента пациентов.

23. Оценка медицинских технологий проводится для выяснения того, как технологии здравоохранения помогают поддерживать и улучшать здоровье. ОМТ проводится для принятия клинических и политических решений как для внедрения новых, так и для широкого распространения существующих технологий. Для успешной реализации ОМТ с участием специалистов здравоохранения, групп защиты пациентов и отрасли, таких как фармацевтические и другие фирмы, необходима коллегиальность между заинтересованными сторонами. Потому как своевременный и надлежащий доступ к медицинским продуктам, процедурам и лекарствам часто может влиять на результаты лечения пациентов, **ОМТ представляет собой важный механизм повышения качества медицинской помощи** как для отдельных лиц, так и для населения.