

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, UHC) 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.

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.

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 аккредитации – это повышение доверия со стороны населения, саморегулирующееся ответственное поведение со стороны медицинских учреждений и 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 внедрения 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 последующим 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.

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.

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

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:

- наличие заместителя первого руководителя по клинической деятельности, а также по контролю качества медицинских услуг;
- 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;
- 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 – 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.

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» стандартизировать 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.

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.

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 нелегализуемой 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.

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.

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.

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 способов напоминания работникам о требованиях.

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.

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.

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).

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.

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.

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.

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.

Официальное вовлечение и активизация населения относятся 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.

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.

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.

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.

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 клиническое 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.

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 затрато-эффективный (экономный) метод самоменеджмента пациентов.

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.