



ЕВРОПА

Каковы оптимальные стратегии улучшения качества стационарной помощи?

Ноябрь 2003г.

КРАТКОЕ РЕЗЮМЕ

Задачи по обеспечению безопасности пациентов и медицинского персонала, а также по улучшению качества оказываемой помощи приобрели большое значение для национальных систем здравоохранения как развитых, так и развивающихся стран. В частности, этому способствовали следующие факторы: проведение исследований, выявивших низкое качество стационарной помощи, повышение ожиданий пациентов, а также появление в СМИ ряда публикаций, посвященных вопросам качества больничной помощи. Считается, что существуют эффективные методы улучшения качества и безопасности стационарной помощи, подтверждением чему является все возрастающее количество данных, появляющихся в научной литературе.

Данный доклад является ответом на вопрос, который задают организаторы здравоохранения. В нем в обобщенно виде представлены наиболее обоснованные имеющиеся фактические данные, включая резюме основных результатов и вариантов политики по этому вопросу.

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ), работа которой была инициирована и координируется Европейским региональным бюро ВОЗ, представляет собой информационную службу для лиц, принимающих решения в области общественного здравоохранения и медицинской помощи, в Европейском регионе ВОЗ. СФДЗ может также быть полезна и другим заинтересованным сторонам.

Настоящий доклад СФДЗ составлен приглашенными для этой цели экспертами, и на них лежит ответственность за его содержание, которое не обязательно отражает официальную политику ЕРБ/ВОЗ. Доклад был подвергнут международному рецензированию, организованному сотрудниками СФДЗ.

При цитировании данного доклада просьба приводить следующее описание: Øvreteit J (2003). *Каковы оптимальные стратегии улучшения качества стационарной помощи?* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (доклад Сети фактических данных по вопросам здоровья; <http://www.euro.who.int/document/e82995R.pdf>, по состоянию на [day month year]).

Ключевые слова

КАЧЕСТВО МЕДИКО-
САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ
БОЛЬНИЦЫ-СТАНДАРТЫ
СТРАТЕГИЧЕСКОЕ
ПЛАНИРОВАНИЕ
МЕТОДЫ В ПОДДЕРЖКУ
ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ
ЕВРОПА

Запросы по поводу публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ просьба направлять по следующим адресам:

По электронной почте по поводу разрешения на перепечатку публикаций – по адресу: permissions@euro.who.int;
по поводу получения копий публикаций - по адресу: publicationrequests@euro.who.int;
по поводу разрешения на перевод публикаций – по адресу: pubrights@euro.who.int.

По обычной почте Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

©Всемирная организация здравоохранения, 2003 г.

Все права сохранены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет обращения с просьбой разрешить перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы ни в коем случае не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Там, где в заголовках таблиц используется обозначение “страна или район”, оно охватывает страны, территории, города или районы. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых пока что еще может не быть полного согласия.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными и буквами.

Всемирная организация здравоохранения не гарантирует, что информация, содержащаяся в настоящей публикации, является полной и правильной, и не несет ответственности за какой-либо ущерб, нанесенный в результате ее использования. Мнения, выраженные авторами или редакторами данной публикации, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

СОДЕРЖАНИЕ

Резюме	5
Существо вопроса	5
Фактические данные	5
Рекомендации в отношении политики	6
Введение	7
Источники, использованные в данном обзоре	8
Выводы из исследований и другие фактические данные	9
Какие подходы могли бы использоваться для улучшения качества помощи и обеспечения безопасности пациентов в стационарах?	9
Какие имеются фактические данные относительно стратегий улучшения качества помощи в стационарах?	11
Имеем ли мы доказательства того, что одна стратегия лучше другой способствует улучшению качества и обеспечению безопасности пациентов в стационарах?	17
Фактические данные: проблемы и противоречия	18
Качество фактических данных, используемых в данном обзоре	19
Споры, ведущиеся в данной области	20
Другие аспекты	23
Выводы	24
Выбор политики	25
Литература	27
Приложение 1. Уровни доказательности данных	31
Приложение 2. Источники и методы составления обзора и обобщения данных	32

Резюме

Существо вопроса

Задачи по обеспечению безопасности пациентов и медицинского персонала, а также по улучшению качества оказываемой помощи приобрели большое значение для национальных систем здравоохранения как развитых, так и развивающихся стран. В частности, этому способствовали следующие факторы: проведение исследований, выявивших низкое качество стационарной помощи, повышение ожиданий пациентов, а также появление в СМИ ряда публикаций, посвященных вопросам качества больничной помощи. Считается, что существуют эффективные методы улучшения качества и безопасности стационарной помощи, подтверждением чему является все возрастающее количество данных, появляющихся в научной литературе.

Правительства, финансирующие структуры и пациенты возлагают большие надежды на медико-санитарные учреждения в отношении внедрения систем контроля качества и стратегий, направленных на улучшение результатов проводимых лечебно-профилактических мер. Многие организаторы здравоохранения и практикующие врачи также верят в целесообразность принятия соответствующих действий, но не вполне уверены, какие именно действия должны предприниматься, особенно в условиях ограниченных ресурсов.

Существует много подходов к улучшению качества и безопасности стационарной помощи, а также различных стратегий стимулирования больниц к действиям в этом направлении. Какие именно стратегии являются надлежащими и экономически эффективными для каждой больницы в конкретной ситуации? Использованию какого подхода должны содействовать правительство или финансирующая структура?

Фактические данные

Проведено совсем немного научных исследований по оценке эффективности стратегий повышения качества стационарного обслуживания на уровне отдельных больниц или на национальном уровне, которые могли бы ответить на эти вопросы. Такое отсутствие фактических данных следует рассматривать не как свидетельство неэффективности стратегий, а скорее как свидетельство трудностей, возникающих при оценке вмешательств и представлении доказательств того, что происходящие изменения обусловлены мероприятиями, проводимыми в рамках стратегии, а не какими-либо другими факторами.

Исследования проектов, проводимых персоналом больниц на местном уровне, свидетельствуют о том, что подходы “непрерывного улучшения качества” могут быть эффективны. Существуют также исследования, указывающие на условия, необходимые для поддержки и поощрения осуществления таких подходов.

Достаточно большое количество публикаций и докладов содержат описание различных стратегий, однако лишь очень немногие из них представляют собой хорошо спланированные научные проекты или содержат научно обоснованные фактические данные. Существует еще больше публикаций, подготовленных консультантами, профессорами и другими близкими к научным кругам лицами, содержащих рекомендации по оптимальным подходам; часть из них основываются на значительном опыте, но лишь немногие базируются на научных исследованиях.

По таким критериям, как наличие доказательств ее эффективности, легкость в осуществлении или затратность, ни одна из имеющихся стратегий обеспечения качества стационарной помощи не может быть рекомендована в качестве более предпочтительной.

Рекомендации в отношении политики

Основные рекомендации, вытекающие из проведенного обзора литературы, базируются на нескольких исследованиях с достоверными фактическими данными и на критической оценке исследований описательного характера.

1. При рассмотрении различных видов стратегий больницы и правительства должны критически подходить к настоятельным предложениям сторонников какого-либо подхода, отстаивающих необходимость его использования, в случае отсутствия достоверных свидетельств его эффективности.
2. Лица, принимающие решения, должны понимать, что применение одной и той же стратегии в других географических условиях или в других учреждениях вполне может привести к различным результатам, даже в случае соблюдения всех принципов ее осуществления.
3. Выбранная стратегия по улучшению качества должна регулярно пересматриваться и корректироваться в соответствии с изменениями в ситуации и отзывами персонала. Следует прилагать усилия для того, чтобы понять причину отсутствия результата: является ли это следствием неправильной стратегии, ненадлежащего ее осуществления или же просто требуется больше времени для достижения результатов. Как представляется, для обеспечения успеха проводимой стратегии необходимы такие условия, как гибкость и последовательность перемен вместо тех или иных быстрых и радикальных преобразований.
4. Для оценки правильности использования выбранного подхода может быть полезным привлечение опытных экспертов по обеспечению качества, однако выбор их должен проводиться с большой осторожностью. Следует привлечь одного или несколько независимых экспертов для проведения на регулярной основе независимой оценки эффективности и адекватности используемой стратегии.
5. Стратегии по улучшению качества стационарной помощи должны включать улучшение координации работы различных служб, направленных на обслуживание различных групп пациентов, а также работы больничных служб и служб, оказывающих медицинскую помощь по месту жительства. Чувство удовлетворенности пациентов и результаты лечения также зависят от организации больницами доступа к своим услугам, ведения активной работы с населением по месту проживания и поддержания тесной связи с внебольничными службами.
6. Вполне возможно, что время и деньги, которые могли бы быть потрачены на оказание медицинской помощи пациентам, в настоящее время расходуются на те или иные неэффективные стратегии. Существует настоятельная необходимость в проведении более независимых научных исследований в этом направлении.
7. Имеется необходимость в проведении более обстоятельного обзора фактических данных по конкретным стратегиям, чем это удалось сделать в рамках данного доклада.

Автор сводного доклада СФДЗ*:

Профессор John Øvretveit, (jovret@aol.com)
Директор отдела научных исследований
Медицинский центр управления Королевского института,
Стокгольм, Швеция, и
Скандинавская школа здравоохранения,
Гётеборг, Швеция, и
Медицинский факультет Университета Бергена,
Норвегия

Введение

По данным исследований, отмечается значительный рост предотвратимого травматизма среди пациентов стационаров, что ведет к увеличению риска неблагоприятных исходов и росту затрат (1). Низкое качество медицинских услуг ведет к растрате ресурсов, которые можно было бы использовать для лечения большего количества пациентов (2), а население начинает относиться к качеству больничного обслуживания с нарастающей критикой (3,4). Вопросы обеспечения безопасности пациентов и персонала, а также улучшение качества оказываемой помощи становятся национально значимыми задачами систем здравоохранения как развитых, так и развивающихся стран. В частности, этому способствовали следующие факторы: проведение исследований, выявивших низкое качество стационарной помощи, повышение ожиданий пациентов, а также появление в СМИ ряда публикаций, посвященных вопросам качества больничной помощи. Считается, что существуют эффективные методы улучшения качества и безопасности стационарной помощи. Правительства и финансирующие структуры возлагают большие надежды на медико-санитарные учреждения в отношении внедрения систем контроля качества и стратегий, направленных на улучшение результатов проводимых лечебно-профилактических мер. Некоторые организаторы здравоохранения и практикующие врачи также верят в целесообразность и возможность принятия соответствующих действий независимо от внешнего давления.

Существует много подходов к обеспечению безопасности и улучшению качества. Согласно одним из них, предлагается инвестировать средства в увеличение численности персонала; согласно другим – подобные, чисто количественные, изменения не приведут к повышению качества медицинской помощи. Какие именно стратегии являются надлежащими и экономически эффективными для каждой больницы в конкретной ситуации? Какой подход должен получить правительственную поддержку?

Данный документ не представляет собой систематического обзора имеющихся исследований многочисленных аспектов качества, это прежде всего доклад, сводящий воедино различные виды исследований стратегий повышения качества стационарной помощи. Цель его заключается в том, чтобы помочь ответственным за принятие решений лицам лучше формулировать, осуществлять и оценивать эти стратегии. Исследования

* Сеть фактических данных по вопросам здоровья

выстраивают в определенную перспективу конкурирующие предложения, выдвигаемые сторонниками каждого из подходов, что может способствовать предотвращению серьезных ошибок в результате выбора ненадлежащей стратегии или неправильного ее осуществления. Не существует убедительных научных доказательств того, какие именно стратегии являются самыми эффективными, поскольку непросто предоставить доказательную базу для сравнения имеющихся стратегий. Однако здесь могут оказаться полезными имеющиеся исследования, частично содержащие оценку результатов с описанием различных видов стратегий и предложением путей их осуществления.

Что такое стратегия улучшения качества стационарной помощи?

Региональная или национальная стратегия улучшения качества стационарной помощи - это долгосрочная (рассчитанная на 2-5-лет) программа повышения безопасности пациентов и персонала и улучшения качества медицинской помощи в стационаре. Автор данного обзора стремился найти данные, касающиеся характера, способов и результатов осуществления как конкретных стратегий в отдельных больницах, так и стратегий улучшения качества в ряде больниц.

Стратегия улучшения качества является общим подходом, осуществляемым организацией в течение определенного периода времени, и этим она отличается от механизма, или инструмента, обеспечения качества, который состоит в использовании конкретного метода для достижения конкретной цели. Таким образом, программа по проверке больниц внешними инспекторами является стратегией. Конкретный метод проведения проверок специалисты по качеству называют инструментом. Инструмент в отличие от стратегии может быть апробирован. Бенчмаркинг является одновременно и инструментом, и стратегией. В настоящее время проводится составление обзора исследований по изучению инструментов обеспечения качества (5).

Что такое "хорошая" или "плохая" стратегия для стационара?

При оценке стратегий необходимо различать альтернативные варианты и оценивать последствия их применения, руководствуясь фактическими данными и четкими критериями. Для оценки стратегий улучшения качества был осуществлен поиск данных по следующим критериям: легкость в осуществлении и затратность, воздействие на медперсонал, а также результаты лечения и экономия средств. Критерии, используемые при оценке данных, перечислены в Приложении 1: "Е1" указывает на наличие убедительных доказательств, а "Е6" на отсутствие каких-либо фактических данных.

Источники, использованные в данном обзоре

Результаты изучения стратегий, осуществляемых стационарами, и национальных стратегий могут быть найдены во многих базах данных и в других источниках. В обзоре использовались нижеследующие поисковые стратегии и источники.

- Электронный поиск систематических обзоров и исследований был проведен по базам данных, внесенных в список в Приложении 2, затем был проведен поиск в сети по журналам, касающимся вопросов качества. Электронный поиск выдал 25 соответствующих журнальных статей и 3 книги.
- Библиотека автора: литература по проблеме, подбираемая с 1985 года, содержит

статьи в журналах (21), книги (6), неопубликованные материалы (7), докторские и магистерские диссертации (2) и доклады, представленные на конференциях (8). При подготовке данного материала также использовался ранее составленный краткий обзор стратегий качества для руководителей здравоохранения Швеции.

- Применявшиеся Scott, и др. поисковые стратегии (6), а также доклад ЭПОП (Кокрановская Группа по эффективной практике и организации медицинской помощи), касающийся оценки мероприятий в области улучшения качества (7), оказались полезными моделями для выявления и анализа исследований в данной области.

Настоящий обзор не представляется полным и систематическим. Вполне могут существовать данные, которые не были обнаружены при его составлении или не представлены в нем из-за широкого разнообразия источников и тем, требовавших изучения.

Выводы из исследований и другие фактические данные

Какие подходы могли бы использоваться для улучшения качества помощи и обеспечения безопасности пациентов в стационарах?

В литературе представлен целый ряд стратегий, которые приводятся ниже в нашем списке. Используемые здесь научные работы в первую очередь дают описание подходов, а не их эффективности. Вопросы эффективности будут рассмотрены позднее.

Увеличение ресурсов: речь идет об увеличении финансирования, персонала, помещений или оборудования, выделяемых стационарам или системе здравоохранения, с целью охвата большего количества пациентов или достижения лучших результатов при прежнем количестве пациентов и сокращении сроков лечения, а также более низких затратах на лечение каждого пациента.

Крупномасштабная реорганизация или реформа системы финансирования: имеется в виду изменение структуры стационара или системы здравоохранения, направленное на содействие принятию правильных решений или более рациональному использованию ресурсов. Изменения в методах финансирования рассматриваются как способ совершенствования качества медицинской помощи.

Укрепление управленческого звена: улучшение качества работы путем расширения круга административных обязанностей, властных полномочий или повышения компетентности. Данный подход иногда используется в рамках других видов стратегий.

Использование стандартов и руководящих принципов: формулирование стандартов оказания помощи, ожидаемой от поставщиков услуг, информирование о стандартах, обучение работе в соответствии со стандартами и их применение на практике. Примерами могут служить своды национальных стандартов Соединенного Королевства (8), национальные технические стандарты Замбии и руководящие принципы (протоколы) клинической практики для различных синдромов (9). В эту категорию попадают

большинство медицинских и клинических аудитов (10), а также некоторые подходы, называемые "обеспечением качества" (11) и "клиническими маршрутами" (12).

Предоставление полномочий пациентам и соблюдение их прав: предоставление пациентам возможности высказывать свое мнение, например, путем подачи жалоб или в ходе проведения анкетных опросов относительно удовлетворенности пациентов, а также предание гласности информации о правах пациентов. Могут также использоваться методы улучшения соблюдения прав пациентов путем создания соответствующей правовой базы, лоббирования их прав и т.д. Примером может служить, закрепление права пациента на получение медицинской помощи в течение 30 минут с момента поступления в отделение неотложной помощи и «Хартия пациентов», принятая в начале 1990-ых годов в Соединенном Королевстве (13). В скандинавских странах права пациента гарантированы законом и защищаются омбудсменом; существуют также и другие механизмы, предоставляющие возможность пациентам реализовать свои права (14).

Система управления качеством: распределяет ответственность за качество и создает структуры и системы для его обеспечения. Международная организация по стандартизации (ИСО) выпускает руководящие принципы, которые используются некоторыми европейскими больницами при создании систем управления качеством (15). При отсутствии общепринятых стандартов составляющие системы каждая страна определяет по-своему.

Оценка качества и внутренняя или внешняя аккредитация: существует множество различных систем оценки (16); наиболее известной в Европе является система Европейского Фонда управления качеством (17), основанная на Американской призовой системе Болдриджа (Baldrige Award) (18). Она подразумевает стратегию, включающую добровольную или обязательную внешнюю оценку качества, проводимую независимой стороной (организацией по коллегиальному рассмотрению) или правительственным органом (16), которая не обязательно сопровождается выдачей свидетельства об аккредитации. Системы аккредитации различаются по тому, какие стороны деятельности стационаров подвергаются оценке, и по тому, учитываются ли при оценке результаты по обеспечению качества медицинской помощи. (19, 20). Некоторые эксперты считают, что программы аккредитации больниц не являются надлежащим использованием ресурсов в развивающихся странах с низким доходом населения (83).

Общее управление качеством (ОУК) и непрерывное улучшение качества (НУК): ОУК – представляет собой набор применяемых различным образом принципов и методов, заимствованных из промышленной отрасли, где программы качества проводились в рамках целого предприятия. Эта стратегия направлена на повышение внимания персонала к пациентам, а также на обеспечение удовлетворенности пациента и достижение наилучших исходов лечения. Механизмы улучшения качества используются многопрофильными командами медицинских работников для проведения в жизнь изменений; считается, что данный подход требует активной административной поддержки, поскольку многие придерживаются того мнения, что проблемы качества чаще возникают в связи с плохой организацией работы, чем по причине отдельных допущенных ошибок (21). В большинстве источников НУК и ОУК рассматриваются как аналогичные стратегии с той лишь разницей, что в стратегии непрерывного улучшения качества большая роль отводится работающим над проектом многопрофильным командам, которые проводят анализ процессов работы и используют повторные циклы для проверки успешности осуществления даже небольших изменений. (22).

Создание объединений для совместной работы в области повышения качества такая стратегия, разработанная Национальной службой здравоохранения Соединенного Королевства, осуществляется в Австралии, Норвегии, Швеции и Соединенных Штатах на национальном и региональном уровнях. Предпринимаются также попытки ее использования в развивающихся странах со средними уровнями дохода населения (23). Стратегия состоит в том, чтобы свести вместе участвующие в проекте команды из различных больниц. Команды обычно встречаются каждые 3 месяца в течение 9 месяцев для изучения и применения методов оценки качества и обсуждения результатов работы (24). Эта стратегия была разработана с целью предоставления экономичного способа изучения моделей эффективной практики и методов улучшения качества медицинской помощи, развития энтузиазма и получения результатов в более короткие сроки, чем при использовании стратегий ОУК/НУК (25).

Реорганизация работы (реинжинеринг): использование ряда методов ОУК, а также проведение более значительных изменений «производственных процессов» по сравнению с стратегией в рамках ОУК, не предполагающей осуществление крупномасштабных изменений (26).

Сравнение показателей качества: направлено на побуждение пациентов, клиницистов и других заинтересованных групп использовать информацию о качестве медицинской помощи в целях улучшения работы. Эта методика может использоваться в рамках одной больницы, принимающей участие в программе сбора и сравнения данных, а также как на добровольной, так и на обязательной основе в ряде больниц определенной территориальной принадлежности для сбора, документирования и сообщения данных. Некоторые сравнительные данные теперь доступны общественности, так что и пациенты могут способствовать принятию мер по улучшению качества обслуживания (28).

Бенчмаркинг: использование сопоставимой информации для сравнения качества в сочетании с дополнительными методами, помогающими поставщикам медицинских услуг найти пути улучшения их качества. Имеются конкретные методы выявления, документирования и применения передовой практики оказания медицинской помощи (29, 30).

Стратегии управления риском и обеспечения безопасности: выявляются сопряженные с высоким риском процедуры или обстоятельства, которые могут создать для больницы финансовые трудности в связи с исками пациентов(31). В рамках этого подхода используются методы диагностирования причин неблагоприятных событий. Стратегии обеспечения безопасности пациента часто включают управление риском и широкий диапазон заимствованных из других отраслей методов для сбора и анализа сообщений о неблагоприятных случаях или о случаях на грани летального исхода с целью их предотвращения (32).

Какие имеются фактические данные относительно стратегий улучшения качества помощи в стационарах?

Убедительные данные об эффективности какой-либо из стратегий отсутствуют. По материалам изучения ожиданий медработников или восприятия ими результатов можно найти некоторые фактические данные, порой описательного характера, относящиеся к стратегиям, хотя по большей части эти материалы представляют собой самоотчеты. Наш

поиск обнаружил фактические данные различного рода для каждого вида стратегии. Недостаток времени не позволил сделать полный обзор каждого из них. Применяемый ниже термин «нет доказательств» означает, что не было обнаружено серьезных научных подтверждений высказываемому утверждению. Это не означает, что отсутствуют вообще какие-либо фактические данные: большая часть отчетов составлена практикующими врачами или руководителями проектов, которые предоставляют некоторые фактические данные, однако, не соответствующие качеству, необходимому для научного исследования (помеченные как «самоотчеты E5 «).

Систематические обзоры. Систематические обзоры стратегий улучшения качества помощи в стационарах не составлялись, но имеется ряд обзоров по анализу мероприятий, которые могли бы использоваться в качестве компонента стратегии. Согласно одному обзору распространение обучающих материалов среди специалистов не слишком эффективно (33), но другие обзоры свидетельствуют о том, что этот подход становится более эффективным в сочетании с аудитом и обратной связью (34), компьютеризированными подсказками (35) или выездными лекциями профессорско-преподавательского состава (36). Ряд единичных исследований свидетельствует в поддержку значения комбинированных подходов. В ходе изучения первичной медицинской помощи в Соединенном Королевстве обнаружили существенные изменения в поведении медицинских работников благодаря установлению четкого административного лидерства и введению ряду финансовых и профессиональных стимулов (37, 38).

Результаты обзоров исследований по анализу вмешательств, направленных на изменение методов работы врачей, говорят о наибольшей эффективности подхода, основанного на осуществлении одновременно нескольких вмешательств (39, 40). Ниже приводятся результаты других исследований, касающихся выполнения руководящих принципов и проведения аудита.

Анализ применения целевых выплат в первичном звене здравоохранения выявил некоторые положительные результаты этой меры в отношении здоровья, но в то же время был отмечен тот факт, что финансовые стимулы могут привести к отвлечению усилий от вмешательств, для которых системы компенсации разработать тяжелее (41).

Увеличение ресурсов. Имеются некоторые свидетельства того, что увеличение ресурсов может сократить время ожидания услуги пациентом (42), но нет единого мнения относительно того, вызывается ли сокращение времени ожидания привлечением дополнительных ресурсов и должен ли фактор времени ожидания вообще рассматриваться как характеристика качества. В некоторых работах есть подтверждение тому, что сокращение ресурсов действительно влияет на качество. Полный обзор исследований по предмету невозможен в рамках данного сводного доклада.

Реорганизация. Нет никаких доказательств того, что масштабная структурная реорганизация может улучшить качество обслуживания. Есть ограниченные данные (E3), свидетельствующие о том, что качество помощи по некоторым профилям медицинских услуг становится выше, когда число пациентов превышает определенный уровень (43, 44), и что слияние может увеличить их число. Однако отсутствуют исследования, убедительно показывающие, что слияние улучшает качество помощи. Небольшие проводимые командами реорганизационные мероприятия, направленные на изменение процесса работы, могут улучшить качество, и свидетельства тому приводятся ниже под заголовком

ОУК/НУК. Нет доказательств того, что изменение способов финансирования может улучшить качество помощи, хотя имеются некоторые доказательства того, что снизить качество оно может. Полный обзор фактических данных относительно проведения крупной реорганизации как стратегии улучшения качества не представляется возможным в рамках данного сводного доклада.

Укрепление управленческого звена. Нет доказательств того, что увеличение административной ответственности за качество, принятие решений или компетентность улучшает качество обслуживания, но этот аспект иногда входит составной частью в другие виды стратегий, в частности, в Национальную стратегию здравоохранения (NHS) Соединенного Королевства в рамках осуществления руководства клинической работой (45). Полный обзор этого предмета невозможен в рамках данного сводного доклада.

Формулирование и соблюдение стандартов и руководящих принципов. Отчеты по многим аудиторским проектам содержат сведения о получении положительных результатов, но эти проекты не выдерживают требований о соответствии научным стандартам доказательности (отмечены как самоотчеты "Е5"). Ни одна оценка аудита общепольничной или национальной стратегии не обеспечивает серьезного обоснования результатов. В результате обзора данных по 93 источникам литературы был сделан вывод о том, что проведение аудиторских проверок могло бы оказать «ценную помощь» любой программе улучшения качества, но будет нуждаться в «последовательной стратегии, нацеленной на проведение эффективного аудита». Наблюдавшаяся польза от аудита состояла в улучшении коммуникации и медицинской помощи пациентам, в повышении профессиональной удовлетворенности и в совершенствовании администрирования. К недостаткам относятся восприятие аудита как покушения на права клиники, опасение возникновения тяжб, иерархической и территориальной подозрительности и угроза профессиональной изоляции. Главные барьеры на пути соблюдения стандартов – это недостаток ресурсов, недостаток экспертных знаний при разработке и анализе проектов, проблемы между группами и внутри групп, отсутствие общего плана проведения аудита и препятствия организационного характера. Ключевыми факторами, способствующими соблюдению стандартов, были наличие современных систем ведения медицинской документации, эффективной системы обучения, преданных работе сотрудников, структурированных программ, диалога между покупателями и провайдерами медицинских услуг, а также отсутствие переработок (46).

Систематический обзор оценок руководящих принципов по врачебной и сестринской практике, составленный ЭПОП (Кокрановской Группой по эффективной практике и организации медицинской помощи), подводит к осторожному выводу о том, что методические рекомендации могут использоваться для достижения позитивных изменений в процессе и результатах медицинской помощи. В рассмотренных исследованиях (Е2, 47) не наблюдалось различий между медсестрами и врачами в готовности перейти на применение новых навыков в соответствии с измененными протоколами. В одном крупномасштабном, хорошо спланированном рандомизированном контролируемом исследовании был сделан вывод о том, что учебный курс, в основу которого были положены методические рекомендации по выявлению и лечению депрессии в рамках первичной медико-санитарной помощи в Великобритании, не принес ожидаемой пользы (48).

Стратегии в области стандартов и руководящих принципов просты, легко доступны для понимания и широко приняты, но являются достаточно ресурсоемкими. Кроме того,

стандарты могут формулироваться без учета требований к ресурсам или различий в существующих условиях. Данные обстоятельства, а также неумение организовать управленческий контроль, проводить мероприятия в устойчивом режиме, могут привести к утрате доверия к стратегии(48).

Предоставление полномочий пациентам и соблюдение их прав. Нет доказательств в поддержку эффективности такой стратегии. Нет убедительных данных о влиянии анкетных опросов об удовлетворенности пациентов качеством или о затратах на их проведение. Анализ 195 исследований выявил, что лишь очень немногие из них были достоверными и надежными (49). Наиболее детально в научном исследовании описана Калифорнийская программа, демонстрирующая методы привлечения и наделения правами групп населения, не имеющих достаточного доступа к качественной медицинской помощи (50, самоотчет E5).

Система управления качеством. Хотя эта стратегия является одной из самых популярных в Европе, нет фактических данных о результатах ее использования. В некоторых самоотчетах схема Европейского Фонда управления качеством называется «системой управления качеством», которая оказывает положительное действие, в первую очередь, в отношении формирования понимания важности всестороннего подхода к вопросам качества (51, 52). Программа руководства клиническими процессами в Соединенном Королевстве, так же как и стратегия улучшения качества в Норвегии, требуют создания системы качества, но, несмотря на обширную дискуссию в печати, научного подтверждения эффективности такой системы нет.

Оценка качества и внутренняя или внешняя аккредитация. Во всестороннем обзоре программ аккредитации, проведенном Международным обществом по обеспечению качеству медико-санитарной помощи (ISQA) для ВОЗ в 2001 году, отмечалось, что в 12-и европейских странах действовало 14 программ аккредитации. Половина этих программ финансировалась правительством и в большей степени использовалась как средство регулирования и отчетности, нежели в интересах независимого саморазвития (82). В исследовании 1990 г. не было установлено взаимосвязи между уровнями смертности по данным HCFA в Соединенных Штатах и качеством стационарной помощи, представленным по результатам проведенной аккредитации (53). Отсутствуют более поздние исследования, которые учитывали бы изменения в аккредитационных системах, некоторые из которых включают оценку результатов медицинской деятельности стационаров (54).

Нет фактических данных о результатах применения таких схем, как американская схема Болдридж (Baldrige) или схема Европейского Фонда управления качеством или других систем, но имеется много свидетельств позитивного опыта частичного или полного использования этих систем в качестве одного из компонентов или целой стратегии (55, 56).

Общее управление качеством (ОУК) и непрерывное улучшение качества (НУК). Большая часть фактических данных в этой области охватывает стратегии, которые отнесены к данной категории администрацией больниц или практикующими врачами. Однако нет серьезных доказательств их результативности. В результате опроса, проводившегося в Соединенных Штатах, был сделан следующий вывод: «Ни один из экспертов по качеству не сумел найти какую-либо организацию в области медико-санитарной помощи, которая коренным образом улучшила бы свою деятельность,

используя стратегию НУК (или любые другие средства). В этой области просто отсутствуют успешные примеры деятельности целых организаций» (57).

Исследование, проведенное по 67 стационарам США, в течение двух лет применявшим методы ОУК, выявило, что результаты лечения пациентов в них незначительно отличались от результатов лечения в больницах, только что приступивших к осуществлению программ ОУК/НУК. Изучение ситуации в 61 американской больнице показало, что программы ОУК не смогли значительно затронуть вопросы профессионального качества. В среднем через 3,6 года менее 30 % медицинских учреждений занималось рассмотрением вопросов клинического качества, и лишь 14 % врачей из 43 процентной выборки больниц приняли участие в программах обучения (59). В более позднем исследовании содержится следующее замечание: «Хотя количество описательной и предписывающей литературы все возрастает,... до сих пор нет систематических данных, подтверждающих преимущество программ ОУК/НУК перед существующими или альтернативными подходами к обеспечению и улучшению качества» (60).

Всего несколько организаций в сфере медико-санитарных услуг в Соединенных Штатах или Европе полностью ввели программы ОУК, хотя имеется ряд инициатив меньшего масштаба, которые часто называют программами ОУК (61). Из нескольких опубликованных исследований, проводивших наблюдение в течение длительного времени, одно касается оказания медико-санитарных услуг в отдельных стационарах и в медицинских учреждениях по месту проживания, принимающих участие в пилотной программе ОУК, осуществляемой совместно Национальной Службой здравоохранения и Министерством здравоохранения и социального обеспечения Соединенного Королевства. (62). В этом исследовании содержатся следующие выводы:

- Три из 20 служб возобновили свои программы в области качества, начатые за два года до этого, и теперь используют подход ОУК Деминга;
- Многие службы не ввели стратегию ОУК в полном объеме, но поощряли инициативы меньшего масштаба в различных отделениях и по различным профилям;
- Почти повсеместно отмечены некоторые изменения в понимании персоналом методов обеспечения качества и в отношении к ним;
- Инвестирование в программу ОУК составляли от 5 % до 10 % вложений в аналогичную программу двух сопоставимых организаций, не входящих в сферу здравоохранения;
- Мало было сделано для обучения основам проблемы качества, методам обеспечения качества или совершенствованию процесса работы;
- Только в одном месте было отмечено улучшение, но при недостатке измеримых показателей изменений в процессах или результатах;
- Только четырем службам в изученной выборке стационаров удалось привлечь лечащих врачей; и
- Большинство программ потеряли свое значение в связи со сменой персонала, реструктуризацией, слишком малыми ресурсами и плохим управлением программой.

Аналогичные выводы присутствовали в отчете о 4-х летнем изучении шести норвежских больниц. В них отмечались трудности, связанные с тем, что реализация таких программ требовала от руководителей и врачей-энтузиастов слишком большой затраты времени (63).

Поиск литературы, проведенный в ходе составления обзора по клиническому применению НУК в Соединенных Штатах, обнаружил 41 исследование по изучению этого вопроса на базе одного стационара и 13 многоцентровых исследований с анализом практики «до и после», проведенным в основном по данным врачей (64). Отмечая научную слабость исследований, авторы обзора приходят к заключению, что имеются некоторые свидетельства улучшения качества и экономической эффективности. В обзоре указывается на усилия и затраты, потребовавшиеся для достижения результатов, необъективность журнальных публикаций и «необходимость поиска доказательств общеорганизационного влияния на качество». По одной из оценок экспериментальной национальной программы Соединенного Королевства, направленной на улучшение качества на основании использования методов НУК, широкий диапазон полученных краткосрочных и долгосрочных результатов объясняется «властью, которой наделены врачи, инерционностью, присущей уже укоренившимся методам работы и необходимостью предпринятия дополнительных усилий для осуществления новых рабочих процессов» (65). Рекомендации включали необходимость одновременного стимулирования изменений на индивидуальном, коллективном, организационном и системном уровнях. В качестве одного из условий успешного проведения изменений в них подчеркивалась необходимость для персонала, так же как и для пациентов, почувствовать пользу от усовершенствований.

В других исследованиях сложности применения методов ОУК/НУК в системах общественного здравоохранения объяснялись отсутствием финансовых стимулов, наличием трех различных иерархий управления на административном, медицинском и парамедицинском уровнях, в отличие от одного, существующего в промышленности, а также нежеланием сотрудников вводить контроль качества со стороны администрации, что может ущемить их автономию (66, 67, 68, 69).

Создание объединений для совместной работы в области повышения качества. В докладе двух американских объединений, участвующих в программах оказания медицинской помощи на последней стадии жизни, сообщалось, что 47 команд «внесли ключевые изменения с целью улучшения помощи», например, на 60 % сокращено число пациентов с показателем боли, превышающем 5 баллов по 10-ти балльной шкале (70). В других исследованиях отмечаются схожие (71) улучшения, но качество доказательств сомнительно, поскольку данные собирались командами практикующих врачей, участвующих в проектах, и они часто не удовлетворяют научным стандартам сбора данных или не проверены на наличие вмешивающихся факторов.

Реорганизация (реинжинеринг). Отсутствуют данные о наличии общебольничной программы ре-инжинеринга. Не сообщалось и о стратегиях, использующих данный подход более чем в одном стационаре. Имеются некоторые ранние доклады об успешных проектах с использованием данного подхода, но нет информации о полной стоимости этих стратегий и преимуществах (72). Лучшая научная работа по стратегии реорганизации медико-санитарной помощи в Соединенном Королевстве обнаружила некоторые достоинства этой стратегии, а также отмечала важное значение постоянной поддержки от врачей, заручиться которой, однако, сложно (73). Этот вывод повторно прозвучал во многих исследованиях по изучению и других стратегий (25, 62, 63, 64).

Сравнение показателей качества. В обзоре вопросов использования сравнительных данных для оценки качества приводится вывод о том, что разброс результатов,

полученных стационарами, объясняется скорее артефактом¹ данных, а не подлинными различиями в качестве (74). Самый последний несистематический обзор всех опубликованных систем сравнительных данных в Соединенных Штатах завершается выводом о том, что проблемы, связанные с издержками и недостаточной достоверностью результатов, не окупались положительными сторонами этих систем (28).

Эти и другие исследования совокупности данных, использованных в сравнительных системах, дают основание предположить, что собираемые в плановом порядке данные о качестве все же не совсем пригодны для использования в стратегии улучшения качества. Тем не менее, не вызывает сомнений необходимость в получении подтвержденных и надежных данных по качеству. Одна больница в Соединенном Королевстве сообщила об использовании системы Мэриленд (27) и выразила надежду на достижение положительных результатов.

Бенчмаркинг. Имеется мало фактических данных об использовании стратегий бенчмаркинга. В одном американском исследовании описывается опыт восьми стационаров и рассматриваются проблемы, связанные с привлечением врачей (75), но убедительные доказательства полученных результатов отсутствуют.

Стратегии управления риском и обеспечения безопасности. Научного свидетельства эффектов при использовании этих стратегий не было обнаружено, хотя имеются их описания и приблизительные расчеты результатов, полученные путем экстраполяции из других отраслей (76, 77).

Национальные стратегии качества. Поиск выявил наличие ряда национальных стратегий качества при отсутствии их систематических оценок. Наиболее широкой документированной программой является стратегия, проводившаяся в Соединенном Королевстве в 1998 г., а наиболее продолжительной - норвежская стратегия, осуществляемая с 1995 года (79). Представление о широте и диапазоне возможных стратегий дает стратегия обеспечения качества Medicare, которая осуществляется в Соединенных Штатах с 1990 г. (80).

«Рамки действий», разработанные за последнее время Медицинским институтом, не предлагают плана действий, а представляют собой набор целей, принципов и правил для американской системы здравоохранения (81). Всестороннее описание различных стратегий было подготовлено для ВОЗ в 2001 году Международным Обществом за качество медико-санитарной помощи (82); в нем имеется также приложение, посвященное вопросам национальной стратегии в развивающихся странах.

Имеем ли мы доказательства того, что одна стратегия лучше другой способствует улучшению качества и обеспечению безопасности пациентов в стационарах?

Нет научного подтверждения тому, что один вид стратегии предпочтительнее другого. Было проведено мало исследований, оценивающих эффективность какой-либо одной или более больничных или национальных стратегий по улучшению качества. Такое отсутствие фактических данных следует рассматривать как свидетельство трудностей, возникающих

¹ Искусственные построения на основе данных

при оценке вмешательств и представлении доказательств того, что происходящие изменения обусловлены мероприятиями, проводимыми в рамках стратегии, а не какими-либо другими факторами.

Изучение проектов, проводимых персоналом больниц на местном уровне, свидетельствует о том, что подходы «непрерывного улучшения качества» и некоторые другие подходы могут быть эффективны, но эти проекты маломасштабны и не охватывают общепользовательских стратегий. В некоторых из докладов содержатся краткосрочные результаты, полученные практикующими врачами, а часть результатов не имеет обоснованных научных доказательств.

Мы располагаем целым рядом публикаций и докладов, описывающих различные стратегии, но лишь в немногих из них содержится научно обоснованное подтверждение результатов. Существует еще больше публикаций, подготовленных консультантами, профессорами и аналитиками, содержащих рекомендации по актуальным подходам. Некоторые из этих работ основаны на основательном опыте, но лишь немногие базируются на научных исследованиях.

Подытоживая сказанное, можно сделать вывод, что по таким критериям, как наличие доказательств ее эффективности, легкость в осуществлении или затратность, ни одна из имеющихся стратегий обеспечения качества стационарной помощи не может быть рекомендована в качестве более предпочтительной.

Фактические данные: проблемы и противоречия

Проведенный поиск соответствующих материалов обнаружил несколько моментов.

- Соответствующие дискуссии и исследования содержатся в обилии источников по многообразным предметным областям и научным темам. Соответствующие материалы рассеяны и разрознены, так что руководителям и лицам, принимающим решения, бывает нелегко их найти, получить к ним доступ и оценить научное качество и применимость этих материалов к собственной ситуации.
- Большое количество статей на эти темы содержит комментарии экспертов или консультантов, обычно отстаивающих собственное мнение и исходящих из определенных финансовых интересов.
- К настоящему моменту проведено недостаточно эмпирических исследований, описывающих какую-либо стратегию либо делающих попытку оценить ее, используя систематический подход. Хотя в докладе указаны основные исследования, полный обзор всех видов стратегий невозможен в рамках одного сводного доклада СФДЗ: некоторые пропуски могут быть восполнены при более широком поиске.
- Научное качество эмпирических исследований значительно разнится, особенно это касается нескольких исследований, в которых была проведена оценка результатов. Диапазон исследований варьировался от интервью с 12-ю респондентами, до широкомасштабных исследований в сочетании с опросами, в том числе по вопросам качества, с данными по результатам и многомерным анализом.
- Большинство исследований было выполнено в Соединенных Штатах и главным образом касалось частных больниц или систем здравоохранения. Следует проявлять осторожность при переносе выводов из этих исследований на другие страны и системы общественного здравоохранения.

Отсутствие убедительных доказательств частично объясняет причину противоположных оценок подходов ОУК/НУК. Некоторые аналитики говорят о недостатке фактических данных, тогда как другие считают доказанными результативность стратегий и эффективность затрат (84), хотя они и приводят примеры только по отдельным профилям деятельности стационаров и данные, предоставленные командами, работающими в проектах, которые могут не удовлетворять научным стандартам (85).

В недавно опубликованной во влиятельном журнале по вопросам качества передовой статье отмечалось: «Насколько нам известно, ни одна программа улучшения качества не может считаться оптимальной, и для получения реальных устойчивых положительных сдвигов могут потребоваться либо одновременные, либо последовательные действия с использованием элементов различных подходов. Мы просто не знаем, какие из них использовать, когда использовать и чего от них ожидать» (86).

Вывод из данного сводного доклада для исследователей состоит в том, что в будущем нужно уделять больше внимания описанию проводимой стратегии, более глубокой оценке способов ее осуществления и рассмотрению альтернативных вариантов объяснения полученных результатов. Сочетание различных схем исследований может способствовать разработке более совершенных стратегий.

В этой области трудно установить серьезную доказательность результатов даже в рамках дорогостоящих долгосрочных исследований, а их применение к другим ситуациям не выглядит убедительным.

Более полезными могли бы считаться исследования с использованием разнообразных методов оценки результатов под разным углом зрения и документированное описание этапов эволюции стратегии в контексте ее применения. Другой подход может состоять в выявлении «успешных» стратегий и ретроспективном анализе того, как они осуществлялись и какими условиями можно объяснить их успех.

Качество фактических данных, используемых в данном обзоре

Отсутствуют убедительные данные о результатах использования стратегий улучшения качества в отдельных стационарах, а также о том, что национальные стратегии приводят к улучшению качества стационарной помощи. Там, где о таких свидетельствах имеются сообщения, они в большинстве случаев представляют собой оценку результатов информирующей стороной или результатов осуществления проектов лишь в некоторых отделениях стационаров. В тех немногих исследованиях, по которым известны конечные результаты в отношении качества и затраты, не достаточно убедительно выглядит причинно-следственная связь и не предложены альтернативные объяснения. Представляется, что в журналах, посвященных вопросам качества, существует предвзятое мнение в пользу позитивных выводов и слабо отражены исследования тех случаев, когда стратегии терпели неудачу.

Что касается наиболее изученной стратегии, представленной в программах ОУК/НУК, то можно сказать, что несистематический обзор 41 доклада по программам качества в американских больницах и 12 докладов, касающихся больничных систем, завершается выводом о том, что:

«Было бы полезно дополнительно провести всесторонние и сравнительные

исследования случаев успешного осуществления стратегий..., а также тщательно разработанные исследования с более детальным изучением шагов создания успешной системы ОУК для медико-санитарной помощи, которые предложат конкретные мероприятия по измерению деятельности при оценке систем здравоохранения. Данные для подобных исследований нужно получать путем непосредственного наблюдения на местах, проведения опросов и анализа данных о деятельности стационаров, что позволит выдвинуть гипотезы, которые следует проверить путем анкетирования тех руководителей больниц, которые достигли положительных показателей в применении подхода ОУК. (87).

Еще один обзор 127 докладов из Соединенных Штатов обнаружил, что во многих из них описываются мероприятия по улучшению качества лишь в одном отделении стационара. Оказалось, что «статьи, внимание в которых, в основном, обращается на то, как осуществлять стратегию, написаны очень неопределенно, и от них мало толку для руководителей больниц, а данные об эффективности программ общего управления качеством отсутствуют:

Несмотря на значительное количество литературы по данному вопросу, имеются лишь очень ограниченные данные, подтверждающие обоснованность претензий подхода ОУК, в том числе, на улучшение деятельности, качества или конкурентоспособности. Не публиковалось сравнительных исследований, а многочисленные исследования конкретных практических случаев, за небольшим исключением, не выдерживают критики. В источниках отсутствуют тщательно разработанные эмпирические исследования с анализом последствий применения программ ОУК Имеется заметный пробел в данных, касающихся способности стационаров осуществлять систематические изменения в организации в целом и поддерживать жизнеспособность таких изменений или полученных положительных результатов (88).

Можно спорить по поводу того, является ли отсутствие данных о результатах следствием ограниченности результатов, невозможности их опубликования или отсутствием жестких квази-экспериментальных контролируемых исследований.

Споры, ведущиеся в данной области

Учитывая отсутствие убедительных данных и средства, поставленные на карту, не удивительно, что в данной области ведутся горячие дебаты о том, какие стратегии эффективны или могут быть эффективными. Одно из направлений дебатов касается противопоставления «общих» и «конкретных» стратегий: т.е. смогут ли продуманно выделяемые дополнительные ресурсы сделать больше для повышения качества, чем конкретная стратегия улучшения качества? Многие специалисты придерживаются мнения, что наилучшая стратегия состоит в увеличении количества персонала, оборудования и интенсификации обучения. Сторонники концепции обеспечения качества доказывают, что «если делать все то же самое, но в больших объемах», то можно иногда нанести вред пациентам, и что в долгосрочной перспективе более эффективным

экономически является систематическое применение качественных методов в рамках выбранной стратегии. В этом состоят наиболее фундаментальные расхождения в данной области. Обсуждение стратегий особенно актуально для развивающихся стран, где имеются одновременно некачественные и противоречивые данные о результатах использования различных подходов. Все шире признается тот факт, что поддержанные донорами стратегии улучшения качества в этих странах оказались нежизнеспособными подобно тому, как не всегда они были жизнеспособны и в странах с высокими уровнями дохода населения. Продолжаются споры о величине расходов на программы и возможной экономии средств или преимуществах, но нет исследований, касающихся экономической стороны различных стратегий.

Другое направление дебатов касается выбора между «индивидуальным» или «организационным» подходами. Одни стратегии ориентированы на изменения в практике отдельных врачей, например, обучении и осуществлении ими руководящих принципов, а другие - на организационные изменения. Сторонники второго подхода доказывают необходимость внесения изменений в организацию работы и процедуры для достижения значительного улучшения качества. Они отмечают недостаточность использования традиционных узкопрофессиональных подходов для изменения системы. Профессиональное обучение протекает быстрее, его легче осуществить, и оно может стать более эффективным при надлежащем наставничестве. Частично данное направление дебатов отражает соперничающие взгляды администрации и специалистов на «право собственности в отношении качества и контроля», а также то обстоятельство, что стратегии качества затрагивают значимые политические вопросы (89, 67). На практике ориентированные на индивидуума стратегии зависят от изменений в организации, равно как и влияют на них, а подходы, в основе которых лежат организационные изменения, применяют обучение и руководящие принципы на индивидуальном уровне.

Обсуждается также значение мотивов и «климата» для обеспечения качества. Согласно одной из точек зрения, наилучшим способом совершенствования качества может служить открытая и честная дискуссия о пропасти между нынешним и приемлемым уровнем качества. Она может вестись путем публикации наилучших результатов и рассмотрения способов их достижения. За улучшение показателей в работе за определенный период времени стационары должны премироваться. Другая точка зрения заключается в том, что на это уйдет слишком много времени, что провайдеры услуг низкого качества вряд ли станут участвовать в добровольных программах и что долгом национальных правительств является обеспечение минимальных стандартов и защиты населения от некачественной или небезопасной медицинской помощи. В соответствии с этой точкой зрения, нужны обязательные инспекции или аккредитация, санкции за низкое качество и вознаграждение за улучшение качества обслуживания. Высказывается и альтернативный взгляд, который состоит в том, что такой подход разрушает доверительный и позитивный климат, что считается наиболее важным условием для улучшения качества.

Имеются многочисленные аргументы за и против подходов «кнута и пряника» и «стимулирования инициатив». Правительственные органы многих стран пользуются одновременно обоими подходами, создавая проблемы для ведомств, от которых ожидается как применение санкций, так и поощрение открытого обмена информацией, касающейся качества работы. С этим связан также вопрос обнародования данных о качестве работы. Критики пытаются доказать, что такая информация вводит в заблуждение, зачастую ошибочно интерпретируется и может быть легко сфальсифицирована провайдерами услуг, и что для медицинских специалистов более

эффективным представляется ее анонимное распространение внутри системы. Согласно другим мнениям, открытое распространение информации среди населения будет способствовать улучшению качества, а исследователи и государство не имеют права скрывать данные о низком качестве обслуживания, поскольку эта информация необходима для того, чтобы люди могли защитить себя и сделать информированный выбор.

Продолжаются дискуссии относительно уместности распространения стратегий качества из других отраслей («индустриальных») на область здравоохранения, в ходе которых отмечаются многочисленные различия, препятствующие этому (67, 88, 89). По мере все более широкого внедрения методов в сферу здравоохранения обсуждение стало смещаться в практическую область их наилучшего использования и адаптации. Квалифицированные эксперты признают, что необходима «подгонка» стратегии под конкретные обстоятельства, и спорят о том, на каком этапе адаптации стратегия теряет «активный компонент», что оборачивается снижением эффективности.

Еще одним направлением дискуссий по теме адаптации являются возможности использования определенных стратегий улучшения качества в не относящихся к Западу странах с сопоставимыми уровнями доходов. Высказываются соображения относительно того, что многие методы повышения качества основаны на западных взглядах о рациональном управлении, осуществлении властных полномочий и участии служащих, которые применимы не ко всем странам. Расхождения начинаются с различного понимания культурных предпосылок, необходимых для эффективности стратегии качества в пределах страны или организации. В отношении последней устоялось мнение, что стратегия, для того чтобы быть эффективной, должна изменить культуру организации. Однако ведутся споры по вопросу о том, что представляет собой культура качества или культура безопасности, как их измерить и как их можно изменить.

Повсеместно признается, что окружающие условия являются важным фактором, влияющим на успешность инициатив, повышающих качество; расхождения же во мнениях касаются того, какие условия являются наиболее важными. Сравнительное исследование процесса осуществления сложных изменений выявило, что успех зависит от ряда местных факторов (90). Единственное обобщение, которое можно вывести на базе таких сравнительных исследований, - это то, какие факторы являются важными, и на какие из них руководители, принимающие решения, должны обратить внимание при осуществлении изменений: нет никакой общей модели или последовательности действий, которые гарантировали бы успех во всех ситуациях.

Стратегия улучшения качества для стационара создает условия, поощряющие инициативы и участие в проектах в рамках организации. По имеющимся данным, для эффективности проектов НУК требуется привлечение лечащих врачей и управленческого персонала, внимание руководителей к персоналу и хорошая база данных (59). Отсутствуют сведения об условиях, необходимых для стимулирования стационаров к улучшению качества работы, но активно дебатировались вопросы, особенно касающиеся финансовых стимулов, демотивирующих факторов и приоритетов, которые входят в противоречие как с краткосрочными, так и с долгосрочными мероприятиями по повышению качества (60). Вероятно, для различных видов стратегии будут важны различные условия, но не проводится никаких исследований, которые могли бы оказать помощь лицам, возглавляющим работу при выборе стратегии применительно к их конкретным условиям.

Особенно поразительно отсутствие таких исследований с учетом того значения, которое придается данным о «движении за качество», и это отмечают многие аналитики в данной области. Однако исследователи обсуждают вопросы о том, фактические данные какого типа возможно или желательно получить и какие методы оценки стратегий качества наиболее пригодны. Имеются четкие различия во взглядах между защитниками квази-экспериментальных контролируемых исследований и теми, кто в большей степени отстаивает естественнонаучный подход, опирающийся на социальную науку, изучающую конкретные случаи и сравнительные примеры. (90, 7). Согласно современному взгляду, фактические данные о результатах осуществления стратегии существуют в едином контексте с данными о процессе ее внедрения. Как далеко позитивистская и натуралистическая парадигмы пойдут по пути своего объединения, покажет время.

Другие аспекты

Вероятно, самая амбициозная программа реализуется Национальной Службой здравоохранения (NHS) Соединенного Королевства (78). Она существует с 1998 г. и охватывает наиболее общие стратегии использования дополнительных ресурсов и изменения структуры. Конкретные стратегии включают национальные руководящие принципы и стандарты клинической помощи, государственные инспекции и отчетность перед общественностью о ходе работы в данной области. Закон устанавливает для всех организаций Национальной Службы здравоохранения «правовую обязанность обеспечения качества». Он требует от них внедрения стратегии по улучшению качества обслуживания и систем управления качеством клинической работы, а также национальной системы сообщения о неблагоприятных случаях и их анализа. Не сообщалось о результатах осуществления стратегий или затратах на их реализацию, и не запланировано проведение исследований для сбора таких данных.

Исследование, проведенное в 2000 году среди примерно 20 % всех организаций, предоставляющих медицинские услуги в Соединенном Королевстве, выявило, что почти все они проводили образовательные программы, имели местные руководящие принципы, группы по улучшению качества и пользовались методами независимой коллегиальной оценки. Половина из них имела обратную связь по результатам деятельности. Около половины опрошенных лиц оценили образовательные программы и руководящие принципы как эффективные (38).

Норвежская стратегия качества 1995 г. пересматривалась в ходе разработки новой стратегии, которая должна была появиться к 2003 г., но с тех пор никаких сведений на этот счет не публиковалось (79). На основе опыта организаций Национальной Службы здравоохранения Соединенного Королевства, предпринимавших инициативы в области качества с 1985 г. (91), экспертная группа выработала набор принципов в области национальных стратегий качества.

Согласно самоотчетам, из европейских стратегий наиболее давно и успешно осуществляются стратегии в больницах Райнер де Грааф Делфта и Маастрихта, Голландия, норвежские стратегии в больницах Хёугесунна, Кристиансанна, Тромсё и

Тронхейма, стратегии в больницах Дандерид и Худдинге в Стокгольме, стратегия в Королевском госпитале Лейстера, Соединенное Королевство, стратегия в Мюнхене, Германия, и стратегии в больницах Падуи и Реджио-Эмилии, Италия (66). На протяжении десяти лет продолжается мониторинг шести стратегий улучшения качества, осуществляемых в стационарах Норвегии. (63).

Нужны дополнительные исследования экономической стороны качества (92). В коммерческих структурах, предоставляющих медицинские услуги, был предпринят ряд исследований, оказавших влияние на результаты лечения и применение моделей типа «прибыль на качество» (93), которые помогают оценить затраты и экономию средств от использования стратегии и окупаемость вложений.

В одном исследовании был выполнен обзор литературы, посвященной методам оценки стратегий обеспечения качества в развивающихся странах, но эти методы не были представлены в публикации. Базируясь на полученных в ходе исследования данных, были сформулированы руководящие принципы проведения внутренних или внешних оценок таких стратегий. В публикации приведены описания этапов проведения оценки и инструментарий (94).

Выводы

Очень мало проводилось полезных и доступных научных исследований, касающихся результатов применения стратегий качества в стационарах. Часть исследований является весьма полезной для выбора, планирования и осуществления надлежащей стратегии. Две исследовательских работы представляли приемлемые с научной точки зрения данные о результатах следования стратегиям типа ОУК, но по прошествии двух лет последствия применения стратегии сохранились в очень небольшом объеме.

В некоторых обзорах мероприятий, например, касающихся проведения в жизнь руководящих принципов, предполагается большая вероятность успеха в результате применения множественных стратегий. Отсутствуют доказательства существования одной «наилучшей» стратегии. Из анализа доступных научных работ следует, что успех стратегии более вероятен, если она выбрана с пониманием альтернативных подходов, адаптирована к ситуации, пересмотрена и приспособлена к изменениям, а также последовательно внедряется приверженным ей руководством. Существенное значение могут иметь организационная политика и финансовый контекст, способные вознаградить повышение безопасности и качества, а также активное, прозрачное и взвешенное управление количественными, качественными аспектами услуг, а также затратами на их предоставление.

Выбор политики

Главные рекомендации, вытекающие из проведенного анализа литературы, базируются на нескольких убедительных выводах ряда исследований и критической оценке источников описательного характера.

1. Стационары должны принять решение о выборе подхода, предварительно оценив качество и безопасность предоставляемых ими услуг и составив список различных стратегий, которые могут оказаться пригодными в данной ситуации.
2. При рассмотрении различных видов стратегий медицинским учреждениям и правительственным органам следует ставить под сомнение заявления сторонников какого-либо подхода о его преимуществах, поскольку ни для одной из стратегий не представлено неоспоримых доказательств эффективности. В качестве одного из аргументов может признаваться наличие обширного опыта, но в то же время нельзя забывать о коммерческом характере растущей «индустрии качества» в сфере медико-санитарной помощи.
3. Лица, принимающие решения, должны понимать, что одна и та же стратегия, применяемая в различных условиях, может приводить к неодинаковым результатам, даже если она осуществляется целиком и полностью. Нужно обращать внимание на финансовые, культурные и другие факторы, влияющие на ее осуществление.
4. Выбрав определенную стратегию качества, необходимо регулярно ее пересматривать и приспосабливать к меняющейся обстановке и мнению о ней заинтересованного персонала. Необходимо попытаться выяснить, является ли отсутствие результатов следствием неправильно выбранной стратегии, ее неудачного осуществления или недостатка времени, нужного для того, чтобы результаты стали ощутимыми. Проведению оценки может помочь строгий мониторинг с использованием разных видов информации.
5. Возможно, последовательное применение стратегии обеспечения качества на протяжении определенного периода времени окажется более эффективным, чем смена подхода. Представляется важным проявлять гибкость, избегая резких радикальных изменений. «Главное не что вы делаете, а как вы это делаете».
6. Может оказаться целесообразным привлечение экспертов по качеству, обладающих широким опытом, но выбирать их нужно с осторожностью. Независимых экспертов (одного или более) нужно использовать в целях получения обратной связи в виде независимой оценки регулярных отчетов о ходе выполнения стратегии.
7. Стратегии качества для стационаров должны включать вопросы совершенствования качества внутри службы по видам оказания помощи для различных групп пациентов, например, пожилых людей, и быть направлены на координацию действий «стационарная - нестационарная помощь». Чувство удовлетворенности пациентов и результаты лечения также зависят от организации больницами доступа к своим услугам, ведения активной работы с населением по месту проживания и поддержания тесной связи с внебольничными службами.
8. Не исключено, что время и деньги, которые могли бы быть использованы на обслуживание пациентов, в настоящее время напрасно тратятся на какие-то стратегии. Учитывая большой объем ресурсов, вкладываемых в стратегии качества, высокие расходы на безуспешные стратегии и интересы «индустрии качества» есть серьезные основания для проведения более независимых и методологически качественных научных исследований.

9. Исследователям надлежит больше внимания уделять описанию фактически проводимой стратегии, оценке глубины ее осуществления и поиску альтернативных объяснений очевидным результатам стратегии.
10. Сочетание различных исследовательских подходов могло бы способствовать разработке более успешных стратегий. В данной области затруднительно получить солидные подтверждения результатов даже при проведении дорогостоящих долгосрочных исследований, а всякие обобщения приобретают сомнительную убедительность при применении в иных условиях. Наиболее полезными могут оказаться исследования с использованием разнообразных методов оценки результатов под разным углом зрения, документирование этапов эволюции стратегии в контексте ее применения. Еще одним подходом могло бы стать выявление «успешных» стратегий и ретроспективный анализ применения такие стратегии, а также условий, которыми объяснялся успех.
11. Нужен более полный анализ фактических данных в пользу конкретных стратегий, выявленных в настоящем докладе, поскольку могут существовать данные, которые не были обнаружены в ходе подготовки данного обзора в связи с обилием источников, подлежащих изучению.

Литература

1. Leape L. Error in medicine. *Journal of the American Medical Association*, 1994, 272; 23:1851-57.
2. IOM. *To err is human*. Washington, National Academy Press, 1999.
3. Coulter A, Magee H. *The European patient of the future*. Milton Keynes: Open University Press, 2003.
4. Mossialos E. Citizens views on health systems in the 15 member states of the European Union. *Health Economics*, 1997, 6:109-116.
5. Øvretveit J. What are the advantages and constraints of the different quality tools for European hospitals? A review of research and policy issues. HEN synthesis. Copenhagen, World Health Organization, 2004 (in preparation).
6. Scott T et al. *Organizational culture and performance in the NHS: a review of the theory, instruments and evidence*. York, Centre for Health Economics, 2001.
7. Grimshaw J et al. Systematic reviews of the effectiveness of quality improvement strategies and programmes. *Quality and safety in health care*, 2003, 12:298-303.
8. Department of Health. *National service framework for coronary heart disease; modern standards and service models*. London, HMSO, 2000.
9. Bouchet B, Fancisco M, Øvretveit J. The Zambia Quality Assurance Program: successes and challenges. *International journal of quality in health care*, 2002, 14 (suppl):89-95.
10. Walshe K (ed.). *Evaluating clinical audit: past lessons, future directions*. London, Royal Society of Medicine, 1995.
11. Shaw C. Quality assurance in the United Kingdom. *Quality assurance in health care*, 1993, 5,2:107-118.
12. Layton A et al. *How to successfully implement clinical pathways*. Chichester, Kingsham Press, 2003.
13. Department of Health. *The patients' charter*. London, HMSO, 1992.
14. Fallberg L, Øvretveit J. Introduction to patient ombudsmen schemes in Europe. In Mackenney S, Fallberg L (eds.). *Protecting patients' rights?* Oxford, Radcliffe Medical Press, 2003.
15. ISO - EN 9001: *Quality systems - model for quality assurance in design, development, production, installation and servicing*. Geneva, International Standards Organization, 2000.
16. Shaw C. External assessment of health care, *British Medical Journal*, 2001, 322:851-854.
17. EFQM. *The European Quality Award 1992*, Brussels, European Foundation for Quality Management, 1992.
18. NIST. *Health care criteria for performance excellence*. Malcolm Baldrige National Quality Award. Gaithersburg, MD, US Department of Commerce Technology Administration, National Institute of Standards and Technology, 1999. <http://www.quality.nist.gov>
19. Scrivens E. *Accreditation: protecting the professional or the consumer?* Milton Keynes, Open University Press, 1995.
20. Øvretveit J. Quality assessment and comparative indicators in the nordic countries. *International journal of health planning and management*, 2001, 16:229-241.
21. Berwick D, Godfrey A, Roessner J. *Curing healthcare: New strategies for quality improvement*, San Francisco, Jossey Bass, 1990.
22. Langly G et al. *The improvement guide*. San Francisco, Jossey Bass, 1997.
23. Wilson T et al. *Learning from around the world: experiences and thoughts of collaborative improvement from seven countries*. Boston, Institute for Healthcare Improvement, 2001.
24. Kilo C. A framework for collaborative improvement: lessons from the Institute for Healthcare Improvement's Breakthrough Series. *Quality management in health care*, 1998, 6,4:1-13.

25. Øvretveit J et al. Quality collaboratives: lessons from evaluation research. *Quality and safety in health care*, 2002, 11:345-351.
26. Hammer M, Champy J. *Re-engineering the corporation: a manifesto for business revolution*. London, Nicholas Brearley, 1995.
27. Thompson R, McElroy H, Kazandjian V. Maryland hospital quality indicator project in the United Kingdom. *Quality in health care*, 1997, 6,1: 49-55.
28. University Health Systems Consortium. *Health care report cards*. Oak Brooke: Illinois, 2003.
29. Bendell K, Kelly J, Merry T. *Quality measuring and monitoring*. London: Century Business, 1993.
30. Camp R. *Benchmarking*. Milwa, United Kingdom, Quality Press, 1989.
31. Vincent C (ed.). *Clinical risk management*. London, BMJ Books, 2001.
32. Cohen M, Eustis M, Gribbins R. Changing the culture of patient safety: leadership's role in health care quality improvement. *Joint Commission journal on quality and safety*, 2003, 29,7:329-35.
33. Freemantle N, et al. Printed educational materials: effects on professional practice and health care outcomes. *The Cochrane Library*, 1, Oxford, Update Software, 1999.
34. Thompson M et al. Audit and feedback to improve professional practice and health care outcomes. *The Cochrane Library*, 1, Oxford, Update Software, 1999.
35. Walton RT et al. Computerised advice on drug dosage to improve prescribing practice. *The Cochrane Library*, 1, Oxford, Update Software, 2001.
36. Thomson O'Brien MA et al. Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. *The Cochrane Library*, 1, Oxford, Update Software, 2001.
37. Spooner A, Chapple A, Roland M. What makes doctors take part a major quality improvement initiative? A qualitative study of the reasons for professional behaviour change. *Journal of Health Services Research and Policy* 2001, 6(3): 145-150.
38. Wallace LM et al. Organizational strategies for changing clinical practice: how trusts are meeting the challenges of clinical governance. *Quality in health care* 2001, 10:76-82.
39. Bero L et al. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *British Medical Journal*, 1998, 317:465-468.
40. Grol R, Jones R. Twenty years of implementation research. *Family practice*, 17:S32-S35.
41. Giuffrida A et al. Target payments in primary care: effects on professional practice and health care outcomes. *The Cochrane Library*, 1, Oxford, Update Software, 2001.
42. Roberts H. *Outcome and Performance in Health Care*. London, Public Finance Foundation, 1990.
43. Aletras V, Jones A, Sheldon T. Economies of scale and scope. In: Ferguson B, Sheldon T, Posnet J (eds.). *Concentration and choice in healthcare*. London, Financial Times Healthcare, 1997.
44. Posnett, J. Is bigger better? Concentration in the provision of secondary care. *British Medical Journal*, 1999, 319:1063-1065.
45. Wallace LM et al. Organizational strategies for changing clinical practice: how trusts are meeting the challenges of clinical governance. *Quality in health care*, 2001, 10:76-82.
46. Johnston G et al. Reviewing audit: barriers and facilitating factors for effective clinical audit. *Quality in health care*, 2000, 9:23-36
47. Thomas L, et al. Effect of clinical guidelines in nursing, midwifery, and the therapies: a systematic review of evaluations. *Quality in health care*, 1998, 7:183-191.
48. Thompson C et al. Effects of a clinical practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomized controlled trial. *Lancet*, 2000, 355:185-191.
49. Sitz J. How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. *International Journal of Quality in health care*, 1999, 11:319-328.

50. Monroe A. Consumer involvement — a vital piece of the quality quilt: the California HealthCare Foundation's strategy for engaging California consumers. *Quality and safety in health care*, 2002, 11:181-185.
51. Nabitz UW, Walburg JA. Addicted to quality — winning the Dutch Quality Award based on the EFQM Model. *International journal of health care quality assurance*, 2000, 13(6-7):259-265.
52. Moeller J. The EFQM Excellence Model. German experiences with the EFQM approach in health care. *International journal of quality in health care*, 2001, 13(1):45-49.
53. Jessee W, Schranz C. Medicare mortality rates and hospital quality: are they related? *Quality assurance in health care*, 1990, 2 (2):145-148.
54. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Transitions: from QA to CQI - using CQI approaches to monitor evaluate and improve quality. Oakbrook Terrace, Illinois, 1991.
55. Stahr H, Bulman B, Stead M. The Excellence Model in the Health Sector. Chichester, Kingsham Press, 2000.
56. Arcelay et al. Self assessment of health centres of a public health service through the European Model of TQM. *International journal of health care quality assurance*, 12 (2):54-58.
57. Blumenthal D, Kilo CM. A report card on continuous quality improvement. *Milbank quarterly*, 1998, 76:625-648.
58. Shortell M et al. Assessing the impact of continuous quality improvement/total quality management: concept versus implementation. *Health services research*, 1995, 30:377-401.
59. Carman JM et al. Keys for successful implementation of total quality management in hospitals. *Health care management review*, 1996, 21(1):48-60.
60. Shortell SM et al. Assessing the evidence on Continuous Quality Improvement: Is the glass half empty or half full? *Hospital and health services administration*, 1995, 40:4-24.
61. National Health Service Management Executive. *The A-Z of Quality in the NHS - 300 projects*. Leeds, 1993.
62. Joss R, Kogan M. *Advancing Quality*. Milton Keynes, Open University Press, 1995.
63. Øvretveit J. The Norwegian approach to integrated quality development. *Journal of management in medicine*, 2001, 15,1: 125-141.
64. Shortell SM, Bennett CL, Byck GR. Assessing the impact of continuous quality improvement on clinical practice: what will it take to accelerate progress? *Milbank quarterly*, 1998, 76:593-624.
65. Ham C, Kipping R, McLeod H. Redesigning work processes in health care: lessons from the NHS. *Milbank quarterly*, 2003, 81,3: 415-438.
66. Øvretveit J. Learning from quality improvement in Europe and beyond. *Journal of the Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organisations*, 1997, 23,1:7-22.
67. Pollitt C. Business approaches to quality management: why are they so hard for the NHS to swallow. *Quality in health care*, 1996, 5:104-110.
68. Goldmann D. Counterpoint: Sustaining CQI. *International journal for Quality in health care* 9,1: 7-9.
69. Firth-Cozens J, Mowbray D. Leadership and the quality of care. *Quality in health care*, 2001, 10(Suppl II):13-17.
70. Lynn J et al. Quality improvement in end of life care. *Joint Commission journal on quality improvement*, 2000, 26(5):254-267.
71. Øvretveit J et al. Quality collaboratives: lessons from evaluation research. *Quality and safety in health care*, 2002, 11:345-351.
72. Millac P, Liddle B, Reid S. The single visit neurology clinic. *Journal of the Association for Quality in Healthcare*, 1994, 2,2: 43-50.
73. Brown I, McNulty T. *Re-engineering Leicester Royal Infirmary: an independent evaluation of implementation and impact*. Sheffield: School of health and related research, University of Sheffield, 2000.

74. Powell A, Davies H, Thomson R. Using routine comparative data to assess the quality of health care. *Quality and safety in health care*, 2003, 12:122-128.
75. Patrick M, Alba T. Health care benchmarking: a team approach. *Quality management in health care*, 1994, 2:38-47.
76. Lindgren O. What does the research on risk management show? *Clinician in management*, 1992, 1(2):6-7.
77. Mills DH, Bolschwing GE. Does clinical risk management improve the quality of health care? *Clinical risk*, 1995, 1:171-174.
78. Department of Health. *A first class service: quality in the new NHS*. London, 1998.
79. Sosial-og helsedepartement og Statens helsetilsyn. *Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsestjenesten*. Oslo, 1995, (No. 1K 2482, available in english).
80. Lohr KN (ed.). *Medicare: a strategy for quality assurance, Vol. 1*. Washington, Institute of Medicine /National Academy Press, 1990.
81. Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm*. Washington, National Academy Press, 2000.
82. International Society for Quality in Health Care. *International and national structures and activities for improving health care*. Geneva, World Health Organization, 2001.
83. Øvretveit J. Improving health care quality in developing countries. *Quality and safety in health care*, 2002,12: 200-201.
84. Godfrey A, Berwick D, Roessner J, Can quality management really work in health care? *Quality progress*, 2002, 25,4: 23-28.
85. Jordan H. How rigorous need a quality improvement study be? *Joint Commission journal of quality improvement*, 1995, 21:683-691.
86. Editorial, *Quality and safety in health care*, 2002,11: 110-111.
87. Motwani J, Sower V, Brasier L. Implementing TQM in the health care sector, *Health care management review*, 1996, 21,1:73-82.
88. Bigelow B, Arndt M. Total quality management: Field of dreams? *Health care management review*, 1995, 20,4:15-25.
89. Øvretveit J. Total Quality Management in Europe. *International journal of health care quality assurance*, 2000, 13,2: 74-79.
90. Øvretveit J, Gustafsson D. Evaluation of quality improvement programmes. *Quality and safety in health care*, 2002, 11, 3: 270-276.
91. Shaw C, Nichol D. A framework for evaluating governmental quality initiatives: the Wimpole Street principles. *International journal for quality in health care*, 2000, 12(4):273-274.
92. Øvretveit J. The economics of quality - a practical approach. *International journal of health care quality assurance*, 2000, 13,5: 200-207.
93. Rust R, Zahorik I, Keiningham T. *Return on Quality*. Chicago, Irwin-Probos, 1995.
94. Tzavaras Catsambas T et al. The evaluation of quality assurance: developing and testing practical methods for managers. *International journal for quality in health care*, 2002, 14, Supplement 1:75-81.

Приложение 1. Уровни доказательности данных

Е 1. Убедительные доказательства результатов: последовательные данные о результатах в двух высококачественных исследованиях и более.

Е 1. Менее убедительные доказательства результатов: последовательные данные о результатах в двух научных исследованиях и более приемлемого качества.

Е 3. Ограниченные доказательства результатов: имеется лишь одно исследование, представляющее результаты, или имеются непоследовательные данные о результатах в нескольких исследованиях. Доказательства причислялись к рубрике Е 3, если данные собирались и анализировались в соответствии с принятыми научными методами с использованием научного протокола.

Е 4. Имеются лишь данные об осуществлении вмешательств: описание осуществления вмешательств, при этом сбор и анализ данных проводился в соответствии с принятыми научными методами с использованием надлежащего протокола.

Е 5. Нет никаких научных доказательств: не имеется исследований, представляющих результаты приемлемого научного качества. Сюда входят и самоотчеты практикующих врачей.

Е 6. Нет никаких доказательств.

Исследования, представляющие результаты, описания осуществления вмешательств и описания ситуации, обозначались как «полные описания» (СЕ).

Исследования, представляющие данные о влиянии конкретных ситуативных факторов на результаты, обозначались как Е 3/СЕ.

Приложение 2. Источники и методы составления обзора и обобщения данных

Поиск баз данных проводился по следующим ключевым терминам:

hospital quality strategy (стратегия улучшения качества стационарной помощи), hospital quality programme (программа улучшения качества стационарной помощи) quality strategy (стратегия улучшения качества), quality assurance (обеспечение качества).

Проводился поиск работ, датируемых 1991-2003 годом, по следующим базам данных: PubMed, Medline/Ovid, Web of science, Swemed, Moks and Libris, Cochrane Library, Campbell Collaboration, Best Evidence (ACP Journal Club), York Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE), Bandolier management.

25% всего времени, посвященного обобщению материалов, отводилось на поиск соответствующих журнальных статей, докладов и книг. В стратегию поиска входили следующие мероприятия:

1. Четкое обозначение вопросов, на которые требуется найти ответ и возможных источников, чтобы иметь возможность быстро отбирать соответствующую книгу или статью. Были использованы следующие критерии отбора опубликованных материалов для последующего анализа и обобщения:

- Описание стратегии улучшения качества стационарной помощи на национальном, местном уровне или на уровне отдельной больницы
- Описание проблем и характеристик одной или более стратегий улучшения качества стационарной помощи
- Обсуждение вопросов, напрямую связанных с проблемой стратегии улучшения качества стационарной помощи в тех случаях, когда изучавшиеся учреждения не являлись больницами.

2. Сведение воедино материалов всех статей и книг по данному вопросу, собранных в библиотеке автора с 1985 года.

3. Проведение поиска систематических или несистематических обзоров на данную тему или аналогичные темы в электронных базах данных и вышеупомянутых источниках, и заказ ключевых статей.

4. Осуществление поиска по следующим базам данных, представленных здесь в порядке приоритетности:

- Medline, CINAHL, Kings Fund (www.Kingsfund.org) United Kingdom, HELMIS & Dh Data. На них была сделана ссылка Scott, et al. (2003): «все основные англоязычные журналы по вопросам управления с акцентом на исследование служб общественного здравоохранения»
- Pubmed
- Европейский информационный центр по реформе систем здравоохранения: http://www.leeds.ac.uk/United_Kingdom/nuffield/infoservices/ECHHSR/dbase.html

- Bandolier management
<http://www.jr2.ox.ac.UnitedKingdom/bandolier/booth/booths/mgmt.html>
- <http://www.shef.ac.United Kingdom/uni/projects/wrp/seminar.html> Emerald DB
- <http://www.sosig.ac.United Kingdom/>
- <http://www.psycinfo.com/> web of science
<http://www.isinet.com/isi/products/citation/wos/> wisdom centre.
- <http://haly.emeraldinsight.com/vl=2154875/cl=13/nw=1/rpsv/index.htm> Elserver (via KI)
<http://www.sciencedirect.com/> OVID USA <http://www.ovid.com/site/index.jsp> and
<http://erc.msh.org> («ресурсы менеджеров»).
- название журналов указаны в списке литературы.

Метод составления обзора и обобщения результатов

Собранная литература была прочитана, оценена по критерию соответствия теме и научной методологии, по критерию характера описаний и полученных в результате данных, и классифицирована по подтемам и основным результатам. Одновременно с этим, на основе руководящих принципов СФДЗ ВОЗ ориентировочно был составлен набор рубрик доклада, которые охватывали основные вопросы или результаты, обсуждаемые в литературе. Затем был составлен основной подбор рубрик, таким образом, что подрубрики охватывали основные вопросы и результаты, а все вместе представляло единую логическую структуру. Затем для составления доклада были использованы резюме по каждому пункту, и составлялся перечень ключевых практических рекомендаций, которые следовали из приводимых результатов; указано также на существующие в литературе пробелы. И в довершение всего, в докладе приведены рекомендации и последовавшие комментарии и замечания коллег.