

ОБЗОР

УДК 614.258.1(574.2)

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ИНСТИТУТА НЕЗАВИСИМОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ КАК ОДНОГО ИЗ ИНСТРУМЕНТОВ
УЛУЧШЕНИЯ СИСТЕМЫ ГОСУДАРСТВЕННОГО КОНТРОЛЯ В СФЕРЕ
ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН****Сарымсаков Б.Н., Сайлаубеккызы А.***НАО «Медицинский университет Астана», Нур-Султан, e-mail: jetiru@inbox.ru*

Данная статья посвящена проблеме института независимых экспертов в области здравоохранения Республики Казахстан и вопросам, связанным с реализацией политики государственного контроля в сфере оказания медицинских услуг. В ходе проведенного исследования выявлены актуальные вопросы в системе управления контролем качеством медицинских услуг, и акцент сделан на том, что существующая система государственного контроля в сфере оказания медицинских услуг требует совершенствования в соответствии с современными требованиями международных практик. Проанализирован международный опыт в части контроля и управления качеством медицинских услуг. Данное исследование обусловлено тем, что на сегодняшний день существует ряд проблем, связанных с заключениями независимых медицинских экспертов по определению уровня качества оказания медицинских услуг, которые учитываются различными инстанциями при рассмотрении жалоб пациентов и других заинтересованных органов. В итоге некачественные заключения независимых экспертов приводят к разному толкованию, что приводит к широкому резонансному обсуждению как со стороны пациентов, так и со стороны СМИ. Проведение аналитического обзора результатов независимой экспертизы качества медицинской помощи особенно актуально для организаторов здравоохранения. Обусловлено это, прежде всего, необходимостью осведомленности организаторов здравоохранения о существующих современных мировых практиках проведения проверок медицинской помощи, поиском наиболее оптимальных путей выполнения контрольно-надзорных функций и совершенствованием системы государственного контроля качества медицинской помощи.

Ключевые слова: медицинский контроль, независимая экспертиза, качество медицинских услуг, проверка**IMPROVING THE INSTITUTE OF INDEPENDENT MEDICAL EXPERTISE
AS ONE OF THE TOOLS TO IMPROVE THE STATE CONTROL SYSTEM
IN THE PROVISION OF MEDICAL SERVICES IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN****Sarymsakov B.N., Saylaubekkyzy A.***NAO «Medical University of Astana», Nur-Sultan, e-mail: jetiru@inbox.ru*

This article is devoted to the problem of the institute of independent healthcare experts of the Republic of Kazakhstan and issues of the implementation of the state control policy in the provision of medical services. During the conduction of this research, relevant issues were identified in the quality of control system for medical services and the emphasis was placed on the fact that the existing state control system in the provision of medical services requires improvement in accordance with modern requirements of international practices. The international experience in the field of control and management of the quality of medical services has been analyzed. As a result, the poor-quality conclusions of independent experts lead to different interpretations, which lead to a wide resonant discussion from both the patients and the media. Conducting an analytical review in conducting an independent examination of the quality of medical care is especially relevant for healthcare organizers. This is due, first of all, to the need for health organizers to be aware of current world practices in conducting medical care audits, to find the most optimal ways to carry out control and supervision functions and to improve the system of state control over the quality of medical care.

Keywords: medical control, independent examination, quality of medical services, verification

В настоящее время система управления качеством медицинских услуг Республики Казахстан включает в себя:

- государственный контроль качества медицинских услуг, целью которого является защита прав пациентов на получение качественной и доступной медицинской помощи;
- институт независимых медицинских экспертов;
- аккредитацию медицинских организаций;
- внешнюю и внутреннюю экспертизы качества медицинских услуг;

– внутренний аудит, который представлен службами поддержки пациентов на уровне медицинских организаций, оценки знаний и навыков медицинских работников;

– определение удовлетворённости населения качеством медицинских услуг, оценка которого осуществляется неправительственными организациями.

Одним из инструментов управления качеством медицинской помощи является институт независимых медицинских экспертов. В соответствии с Кодексом Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» независимая

экспертиза – это процедура, проводимая независимыми экспертами в рамках проверки и внешней экспертизы в целях вынесения заключения об уровне качества оказываемых медицинских услуг, предоставляемых субъектами здравоохранения, с использованием индикаторов, отражающих показатель эффективности, полноты и соответствия оказываемых медицинских услуг стандартам.

Институт независимых экспертов в области здравоохранения был создан для реализации поручения, озвученного в Послании Президента народу Казахстана от 19 марта 2004 г. – «О создании системы независимой медицинской экспертизы, которая основывается на принципе проведения контрольных проверок уполномоченным органом с привлечением независимых экспертов» [1].

Порядок привлечения независимых экспертов утвержден Приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 28 апреля 2015 г. № 274 [2].

До 1 января 2017 г. Министерством здравоохранения Республики Казахстан в лице Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности проводилась аккредитация физических лиц для проведения независимой экспертизы с выдачей им свидетельства об аккредитации.

В рамках проводимой политики Республики Казахстан по дерегулированию бизнеса и снижению административных барьеров аккредитация физических лиц для проведения независимой экспертизы была исключена.

В связи с этим в целях расширения банка данных независимых экспертов для создания конкурентной среды и улучшения качества проводимой экспертизы Приказом Министра здравоохранения РК от 6 сентября 2017 г. № 680 утверждены требования к физическим лицам, претендующим на проведение независимой экспертизы в качестве независимых экспертов [3].

В частности, физические лица, претендующие на проведение независимой экспертизы в качестве независимых экспертов, допускаются к проведению независимой экспертизы при наличии: высшего медицинского образования; стажа работы не менее 10 лет по заявляемой специальности; повышения квалификации не менее 216 часов за последние 3 года; сертификата специалиста для допуска к клинической практике; высшей квалификационной категории по заявляемой специальности.

В стране насчитывается около 16 поставщиков (ассоциации) услуг по предо-

ставлению независимых экспертов. На данные услуги в 2019 г. из бюджета было выделено 183 млн 800 тыс. тенге. Стоимость одной экспертизы с выездом составила 150 тыс. тенге, без выезда 50 тыс. тенге.

Согласно данным уполномоченного органа в сфере государственного контроля качества оказания медицинских услуг в 2018 г. увеличена доля проверок с привлечением независимых экспертов до 78% (2017 г. – 64,5%). Наименьшая доля проверок с привлечением экспертов отмечается в Западно-Казахстанской (47%), Восточно-Казахстанской (53%), Акмолинской (54%), Мангистауской (56%) и Туркестанской (57%) областях.

100% привлечение экспертов отмечается в гг. Нур-Султан, Алматы, Северо-Казахстанской и Атырауской областях [4].

Проблемы. Наряду с этим на сегодняшний день существует ряд проблем, связанных с:

- ненадлежащим выполнением обязательств поставщиками (ассоциациями) независимых экспертов (*непредоставление поставщиком необходимых независимых экспертов по профилю*);

- проведением процедур государственных закупок услуг по предоставлению независимых экспертов (процедура занимает долгое время, выигрывают коммерческие организации и др.);

- отсутствием прозрачности в системе оплаты поставщиками за услуги независимым экспертам, то есть поставщики (ассоциации) выплачивают независимым экспертам не более 40% от установленной стоимости;

- острым дефицитом независимых экспертов во многих регионах, в том числе по узким специальностям;

- низким качеством заключений независимых экспертов;

- поставщики не заинтересованы в повышении квалификации независимых экспертов, преследуя материальные выгоды.

В итоге вышеперечисленные проблемы приводят к низкому качеству заключений независимых экспертов, которые учитываются государственным органом по контролю качества медицинских услуг в лице Комитета контроля качества и безопасности товаров и услуг МЗ РК при проведении проверок, судом и следственными органами.

Кроме этого, ситуация с ростом возбуждаемых уголовных дел в отношении медицинских работников вызывает тревогу у профессиональных медицинских сообществ.

Так, согласно сведениям правовой статистики информационного сервиса «QAMQOR» Комитета по правовой ста-

тистике и специальным учетом Генеральной прокуратуры Республики Казахстан в 2019 г. количество уголовных дел, которые находились в производстве правоохранительных органов, составило – 470, что больше на 88 уголовных дел в сравнении с 2017 годом (382 уголовных дела).

Необходимость декриминализации законодательства и сложившейся ситуации в сфере оказания медицинских услуг обоснована и обусловлена тем, что девальвируется престиж врачебной профессии и увеличивается отток медицинских работников из Республики Казахстан, что в свою очередь лишь усугубит дефицит врачей и специалистов в стране.

Отсутствие специальных медицинских знаний у сотрудников правоохранительных и судебных органов порой влечет за собой случаи неправильного трактования медицинской ситуации и определения степени виновности медицинских работников, что приводит к неоправданно жестоким наказаниям в виде лишения свободы врачей и/или лишения их прав заниматься профессиональной деятельностью.

В свою очередь, глава государства К. Токаев в своем выступлении на третьем заседании Национального совета общественного доверия от 27 мая 2020 г. обозначил актуальность декриминализации и поручил пересмотреть практику уголовной ответственности за так называемые врачебные ошибки и разработать систему юридической и финансовой защиты, а также ответственности медицинских работников, включая гарантирование профессиональной деятельности [5].

Международный опыт. Учитывая актуальность данного вопроса, проведен обзор, включающий в себя международный опыт стран, входящих в Организацию экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), по контролю за качеством медицинской помощи.

Системы государственного и негосударственного контроля и обеспечения качества в странах ОЭСР отличаются, но для поиска схожести между ними рассматривались данные, исходящие из следующих концепций: участники (ключевые игроки), контекст (исторически сложившаяся система здравоохранения страны), процессы (основные контролирующие/регулирующие стратегии, механизмы, налаженные для достижения качественной медицинской помощи) и содержание (стандарты качества).

Каждая страна, входящая в ОЭСР, использует государственный регуляторный механизм для обеспечения качественной и безопасной медицинской помощи, но де-

лает это по-разному. В обзоре были рассмотрены регуляторные механизмы, которые способствуют внедрению и соблюдению стандартов качества медицинской помощи, в шести развитых странах ОЭСР. В обзоре были рассмотрены следующие страны: Австралия, Великобритания, США, Германия, Финляндия и Япония.

Литературные данные для написания данного аналитического обзора были получены с использованием библиографических баз данных, таких как PubMed, Medline, Health Business Elite, Embase, CINAHL; поисковой системы Google Scholar и данных, опубликованных на официальных сайтах государственных и негосударственных организаций, сфера деятельности которых относится к качеству медицинской помощи.

К примеру, Финляндия имеет крайне выраженную децентрализованную систему, где муниципалитеты, а не национальные органы управления, выполняют функции по обеспечению медицинской помощи. В США и Австралии ответственность разделена между федеральными и штатными (местными) органами управления. На основании национальной стратегии в Великобритании местные представители Национальной службы здравоохранения Великобритании выполняют поставленные задачи.

В большинстве рассмотренных стран ОЭСР существует национальная модель по развитию и совершенствованию качества медицинской помощи в виде политик, стратегий или программ, исключением является США. Модель внедрена в систему здравоохранения и имеет законодательную базу (возможность принудительного исполнения и установления стандартов). Стандарты могут быть описаны в конституции (Финляндия) или национальных законодательных документах реализации модели (Великобритания, Германия), или стандартах, руководствах, не имеющих законодательную силу (Австралия). США рассматривает вопрос по созданию национальных стандартов в рамках национальной модели, но в связи с тем что штаты имеют значительную независимость при принятии решений, в здравоохранении не существует единых стандартов качества.

Стандарты качества существуют в Австралии в рамках Австралийской программы аккредитации безопасности и качества медицинской помощи [6].

Австралийские стандарты могут использоваться в разных сферах здравоохранения, а также поставщики медицинских услуг могут использовать стандарты для оценки соответствия минимальным требованиям или механизмам для дальнейшего

совершенствования качества. В Великобритании же были указаны 13 необходимых требований, или стандартов, в Положении к Закону 2008, которые необходимо соблюдать поставщикам на «принудительной основе» [7].

Общая федеральная комиссия Германии (ОФК) выпускает постановления по лечению, соблюдению качества и минимальным стандартам ухода за пациентами [8].

В конституции Финляндии указано, что правительство обязано предоставить соответствующую помощь, а в Законе о статусе и правах пациента описаны права пациента на получение информации, информированного согласия и многое другое.

В целом стратегии и действия стран ОЭСР для контроля за качеством медицинской помощи выглядят следующим образом (таблица).

Стратегии и действия для контроля за качеством медицинской помощи

Страна	Стратегии и действия для контроля за качеством медицинской помощи
Австралия	<i>Саморегуляция и волонтаризм:</i> аккредитация, индикаторы эффективности, бенчмаркинг, взаимная коллегиальная проверка, клинические протоколы, непрерывное обучение. <i>Метарегуляция:</i> принудительная саморегуляция, непрерывное совершенствование, внешний клинический аудит, принудительная система отчетности о происшествиях; отчетность об индикаторах эффективности, причинно-следственный анализ, стандарты и руководства. <i>Выполнение приказов и контроль:</i> профессиональная регистрация, лишение лицензии или временное отстранение.
Великобритания	<i>Саморегуляция и волонтаризм:</i> аккредитация, индикаторы эффективности, бенчмаркинг, клинические протоколы, непрерывное обучение. <i>Метарегуляция:</i> принудительная саморегуляция, ежегодные проверки, внешний клинический аудит, принудительная система отчетности о происшествиях; принудительная отчетность перед общественностью, мониторинг жалоб, стандарты и руководства, принудительная ревалидация. <i>Рыночные механизмы:</i> оплата по результатам, отчетность общественности. <i>Выполнение приказов и контроль:</i> штрафы, временное отстранение или лишение регистрации и судебное преследование.
Германия	<i>Саморегуляция и волонтаризм:</i> аккредитация, индикаторы эффективности, бенчмаркинг, открытое обсуждение происшествия, клинические протоколы, непрерывное обучение. <i>Метарегуляция:</i> принудительная саморегуляция, принудительное непрерывное совершенствование, включающее в себя отчетность о достижениях индикаторов качества, внешний клинический аудит, принудительная система отчетности о происшествиях. <i>Выполнение приказов и контроль:</i> уголовная или административная ответственность.
США	<i>Саморегуляция и волонтаризм:</i> аккредитация учреждения, лицензирование, непрерывное обучение, привилегированность. <i>Метарегуляция:</i> внешний клинический аудит, принудительная система отчетности о происшествиях. <i>Рыночные механизмы:</i> выборочное заключение контрактов, оплата по результатам, отчетность общественности. <i>Выполнение приказов и контроль:</i> лишение лицензии или временное отстранение, уголовная или административная ответственность.
Финляндия	<i>Саморегуляция и волонтаризм:</i> аккредитация, руководство и продвижение, мониторинг, непрерывное обучение. <i>Метарегуляция:</i> принудительное непрерывное совершенствование, внешний клинический аудит, принудительная система отчетности о происшествиях. <i>Выполнение приказов и контроль:</i> лицензирование медицинских работников, меры уголовного наказания.
Япония	<i>Саморегуляция и волонтаризм:</i> аккредитация, руководство и продвижение, мониторинг, непрерывное обучение. <i>Метарегуляция:</i> внешний клинический аудит, принудительная система отчетности о происшествиях. <i>Выполнение приказов и контроль:</i> лицензирование медицинских работников, лишение лицензии.

Выводы

На основании международного обзора по странам ОЭСР хотелось бы выделить общие механизмы регуляции, которые в большинстве случаев уже присутствуют в Казахстане, в частности:

1. Лицензирование медицинских работников было отмечено во всех странах и является одним из механизмов регуляции качества медицинской помощи.

2. Аккредитация. Все страны проводят обязательную (Великобритания, США, Германия), а также добровольную (Австралия, Финляндия и Япония) аккредитацию медицинских организаций.

3. Национальные стандарты качества. Как показывает международный опыт, большинство стран ОЭСР (Великобритания, Германия, Япония) имеют национальные стандарты качества, которые необходимо соблюдать медицинским организациям, а также есть страны (Австралия, США), которые внедряют с последующим рассмотрением возможности внесения их как обязательных требований на законодательном уровне.

4. Обработка и доступность медицинских данных. Обработка административных и медицинских данных и получение результатов анализа является одним из важных факторов при принятии решений в политике здравоохранения, в том числе по улучшению качества медицинской помощи. В рассмотренных странах ОЭСР существуют отлаженные механизмы, институты по сбору, обработке и предоставлению результатов данных, полученных из медицинских регистров. В Финляндии, например, Национальный институт здоровья и социального обеспечения поддерживает работу регистров и предоставляет статистические результаты показателей между больницами всех муниципалитетов, а также данный институт предоставляет доступ пациентам к их медицинским данным. Эти результаты используются для повышения конкуренции между организациями, поддержки пациентов при принятии решения о лечении и при выборе поставщика услуг, организаторов здравоохранения выявления достижений и возможностей для совершенствования качества услуг.

В Казахстане Республиканский центр электронного здравоохранения имеет функции по совершенствованию электронного здравоохранения, медицинской статистике, проведению исследований, сбору, обработке, хранению и анализу данных, а также поддержанию функциональности регистров. На данный момент центр соби-

рает данные по нескольким административным («Система управления качеством медицинских услуг», «Система управления лекарственным обеспечением, мониторингом лекарственных средств» и т.д.) и медицинским регистрам («Регистр беременных и женщин фертильного возраста», «Регистр острый коронарный синдром» и т.д.), однако обработка и предоставление данных предназначено в большинстве случаев для принятия решений об оплате оказанных услуг поставщикам.

5. Ответность перед общественностью. Большинство стран следует политике прозрачности, благодаря мотивации поставщиков услуг публиковать данные в свободном доступе, или принудительно заставляет их предоставлять отчетность перед общественностью.

6. Централизованный контроль качества. В рассмотренных странах ОЭСР наблюдается общая тенденция к централизации контроля за качеством и безопасностью пациента. В странах с превалированием децентрализации существуют или недавно были созданы национальные/государственные надзорные органы. Например, в Австралии с 2011 г. созданы Комиссия и Национальное управление по эффективности в здравоохранении, которые уполномочены вести деятельность по мониторингу и разработке стандартов здравоохранения.

7. Вовлечение пациентов в принятие решений. Пациентоориентированность медицинской помощи стала одним из основных принципов при оказании качественной помощи.

Несмотря на схожие механизмы контроля качества медицинской помощи Казахстана и стран ОЭСР, необходимо принимать во внимание концептуальные особенности системы здравоохранения Республики Казахстан. Модель совершенствования качества помощи не может идеально подойти Казахстану на основании одной из развитых стран ОЭСР. Необходимо не забывать про исторические и культурные характеристики, формировавшие систему. Большинство литературы подтверждает, что каждая модель регулирования страны является уникальной с комбинацией общих механизмов регулирования, при этом существует уникальный баланс между механизмами (например, в Австралии и Японии превалируют саморегулирование и волонтаризм).

Заключение

В целях совершенствования независимой медицинской экспертизы необходимо в регулирующих нормативных правовых

актах предусмотреть компетенцию по проведению аккредитации субъектов, осуществляющих независимую экспертизу в области здравоохранения, правил оплаты независимой экспертизы и ведения реестра независимых экспертов, где должны быть предусмотрены основания включения и исключения из единого реестра независимых экспертов, а также требования к субъектам здравоохранения на оказание услуг по проведению независимой экспертизы медицинских услуг (помощи), что повысит ответственность поставщиков (ассоциации) независимых экспертов.

Реализация данных мер позволит повысить объективность государственного контроля, а также повысить качество медицинской экспертизы и роль независимых экспертов, привлекаемых при производстве экспертизы, и в конечном счете повлияет на качество медицинских услуг населению Республики Казахстан.

Список литературы

1. Послания Президента народу Казахстана от 19 марта 2004 года «К конкурентоспособному Казахстану, конкурентоспособной экономике, конкурентоспособной нации».
2. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 28 апреля 2015 года № 274 «Об утверждении Правил привлечения независимых экспертов при проведении внешней экспертизы». [Электронный ресурс]. URL: <http://adilet.zan.kz/rus/docs/V1600014201> (дата обращения: 22.05.2020).
3. Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 6 сентября 2017 года № 680 «Об утверждении требований к физическим лицам, претендующим на проведение независимой экспертизы в качестве независимых экспертов». [Электронный ресурс]. URL: <http://adilet.zan.kz/rus/docs/V1700015757> (дата обращения: 22.05.2020).
4. Отчетные данные Комитета охраны общественного здоровья Министерства здравоохранения Республики Казахстан за 2018 год.
5. Выступление Главы государства К. Токаева на третьем заседании Национального совета общественного доверия от 27 мая 2020 года.
6. Greenfield D., Hinchcliff R., Banks M., Mumford V., Hogden A., Debono D., Braithwaite J. Analysing 'big picture' policy reform mechanisms: The Australian health service safety and quality accreditation scheme. *Health Expectations*. 2015. Vol. 18(6). P. 3110–3122. DOI: 10.1111/hex.1230.
7. The National Archives. Health and Social Care Act 2008 (Regulated Activities) Regulations 2014. [Electronic resource]. URL: <https://www.legislation.gov.uk/ukdsi/2014/978011117613/contents> (date of access: 22.05.2020).
8. The Federal Joint Committee (Gemeinsamer Bundesausschuss). [Electronic resource]. URL: <https://www.g-ba.de/english> (date of access: 22.05.2020).