Всемирная организация здравоохранения

ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЙ КОМИТЕТ
Сто сорок четвертая сессия **EB144/29**
Пункт 6.6 предварительной повестки дня **12 декабря 2018 г.**

Безопасность пациентов

Глобальные действия по обеспечению безопасности пациентов

Доклад Генерального директора

1. Глобальный ландшафт здравоохранения меняется, и системы здравоохранения функционируют во все более сложных условиях. Новые виды лечения, технологии и модели оказания помощи могут быть перспективными с точки зрения своих терапевтических возможностей, но они же могут становиться источниками новых угроз безопасному оказанию помощи. В настоящее время безопасность пациентов признается в качестве серьезной и усугубляющейся проблемы глобального общественного здравоохранения. Несмотря на новаторские достижения в некоторых областях здравоохранения, за последние 15 лет не произошло значимого прорыва в глобальных усилиях по сокращению бремени вреда, причиняемого пациентам. Меры обеспечения безопасности имеют ограниченный или неравномерный эффект, даже если принимаются в странах с высоким уровнем доходов, и по большей части не адаптированы для успешного применения в странах с низким и средним уровнем доходов.

2. Все государства-члены и партнеры стремятся к достижению всеобщего охвата услугами здравоохранения и Целей в области устойчивого развития. Вместе с тем польза от расширения доступа к медико-санитарной помощи нивелируются состоянием обслуживающих структур, сложившейся культурой и/или формами поведения, которые ненамеренно причиняют вред пациентам и могут быть причиной их гибели. Глобальные усилия по обеспечению безопасности пациентов не только позволят реализовать всеобщий доступ к услугам здравоохранения, но и убедят население в способности систем здравоохранения обеспечивать их собственную безопасность и безопасность их семей. Лица, формирующие политику, должны будут удостовериться в том, что при планировании мер по достижению всеобщего охвата услугами здравоохранения и выделении ресурсов они не ориентируются на ущербные или неэкономичные модели оказания помощи.

ГЛОБАЛЬНОЕ БРЕМЯ ВРЕДА, ПРИЧИНЯЕМОГО ПАЦИЕНТАМ ПРИ ОКАЗАНИИ УСЛУГ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

3. Согласно оценкам, небезопасное оказание помощи во всем мире приводит к утрате 64 миллионов лет жизни, скорректированных на инвалидность. Это означает,

что причинение вреда пациентам в результате неблагоприятных событий входит в десятку наиболее ведущих причин смертности и инвалидности в мире[1]. Согласно имеющимся фактическим данным, в больницах стран с низким и средним уровнем доходов ежегодно происходит 134 миллиона неблагоприятных событий, вызванных небезопасным оказанием помощи, которые становятся одним из факторов смерти 2,6 миллиона человек[2]. На страны с низким и средним уровнем доходов приходится примерно две трети глобального бремени неблагоприятных событий, вызванных небезопасным оказанием помощи, в том числе в виде утраченных по этой причине лет жизни с поправкой на инвалидность[3]. Согласно оценкам, в странах с высоким уровнем доходов при оказании больничной помощи вред наносится каждому десятому пациенту[4].

4. Среди основных угроз безопасности пациентов и значимых факторов увеличения бремени вреда, причиняемого небезопасной помощью, можно выделить целый ряд способов оказания медицинской помощи и связанных с этим рисков. Приведем ряд примеров.

- **Ошибки применения лекарственных препаратов** являются ведущей причиной нанесения ущерба и предотвратимого вреда здоровью в системах здравоохранения: убытки, связанные с ошибками применения лекарственных препаратов, оцениваются на уровне 42 млрд. долл. США ежегодно[5];

- **Инфекции, связанные с медико-санитарной помощью**, распространенность которых по данным целого ряда стран составляет в смешанной популяции пациентов стран с высоким уровнем доходов примерно 7,6%, а также около

---

[1] Выступление на круглом столе «Безопасность пациентов — серьезный вызов как специалистам здравоохранения, так и директивным органам», организованном в рамках серии совещаний по наиболее актуальным вопросам Фонда Билла и Мелинды Гейтс, 18 октября 2018 г. (https://globalhealth.harvard.edu/qualitypowerpoint, по состоянию на 5 ноября 2018 г.). Готовящаяся публикация на основе данных национальных академий наук, инженерного дела и медицины: Crossing the global quality chasm: Improving health care worldwide. Washington (DC): The National Academies Press; 2018 (https://www.nap.edu/catalog/25152/crossing-the-global-quality-chasm-improving-health-care-worldwide, по состоянию на 23 октября 2018 г.).

[2] National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Crossing the global quality chasm: Improving health care worldwide. Washington (DC): The National Academies Press; 2018 (https://www.nap.edu/catalog/25152/crossing-the-global-quality-chasm-improving-health-care-worldwide, по состоянию на 23 октября 2018 г.).

[3] Jha AK, Larizgoitia I, Audera-Lopez C, et al. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. BMJ Qual Saf Published Online First: 18 September 2013. doi: 10.1136/bmjqs-2012-001748 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24048616, по состоянию на 23 октября 2018 г.).

[4] Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N. The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. Paris: OECD; 2017 (https://www.oecd.org/els/health-systems/The-economics-of-patient-safety-March-2017.pdf, по состоянию на 23 октября 2018 г.).

[5] Aitken M, Gorokhovich L. Advancing the Responsible Use of Medicines: Applying Levers for Change. Parsippany (NJ): IMS Institute for Healthcare Informatics; 2012 (https://ssrn.com/abstract=2222541, по состоянию на 23 октября 2018 г.).

10% в странах с низким и средним уровнем доходов[1]. Кроме того, согласно оценкам, вероятность смерти лиц с метициллинрезистентным золотистым стафилококком на 64% выше, чем лиц с нерезистентной формой инфекции. На сегодняшний день в Европе и Соединенных Штатах Америки резистентные инфекции уносят жизни не менее 50 000 человек ежегодно[2];

- **Небезопасные процедуры оказания хирургической помощи** вызывают осложнения почти у 25% пациентов; серьезные осложнения ежегодно возникают почти у 7 миллионов хирургических больных, из которых один миллион умирает во время операции или непосредственно после нее[3];

- **Небезопасная инъекционная практика** при оказании медико-санитарных услуг может приводить к передаче инфекций, в том числе ВИЧ и гепатитов B и C, и подвергать непосредственной опасности пациентов и работников здравоохранения; согласно оценкам, по этой причине во всем мире ежегодно утрачивается 9,2 миллиона утраченных лет жизни с поправкой на инвалидность[4];

- **Диагностические ошибки** допускаются в отношении примерно 5% взрослых амбулаторных пациентов; в более чем половине случаев они чреваты тяжелыми последствиями; с диагностическими ошибками сталкивается большинство людей в течение жизни[5];

- **Небезопасная практика переливания крови** подвергает пациентов риску неблагоприятных реакций на переливание крови, а также передачи инфекций[6]; согласно данным о неблагоприятных реакциях на переливание крови по группе

[1] Report on the burden of endemic health care-associated infection worldwide. Geneva: World Health Organization; 2011 http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/80135/9789241501507_eng.pdf?sequence=1, по состоянию на 23 октября 2018 г.).

[2] Global Burden http://www.who.int/medicines/technical_briefing/tbs/TBS2016_AMR_GAP.pdf.

[3] WHO guidelines for safe surgery 2009: safe surgery saves lives. Geneva: World Health Organization; 2009 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_eng.pdf?sequence=1, по состоянию на 7 ноября 2018 г.).

[4] Jha AK, Larizgoitia I, Audera-Lopez C, et al. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. BMJ Qual Saf Published Online First: 18 September 2013. doi: 10.1136/bmjqs-2012-001748. BMJ Qual Saf. 2013; 22(10):809–815 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24048616, по состоянию на 7 ноября 2018 г.).

[5] Singh H, Meyer AN, Thomas EJ. The frequency of diagnostic errors in outpatient care: estimations from three large observational studies involving US adult populations. BMJ Qual Saf. 2014 Sep;23(9):727-31. doi: 10.1136/bmjqs-2013-002627 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24742777, по состоянию на 7 ноября 2018 г.).

[6] Процесс гемотрансфузии в клинической практике и безопасность пациентов: Памятка для национальных органов и учреждений здравоохранения и администрации больниц. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2010 г. (http://www.who.int/bloodsafety/clinical_use/who_eht_10_05_ru.pdf, по состоянию на 7 ноября 2018 г.).

из 21 страны, частота их возникновения составляет 8,7 серьезного случая на 100 000 трансфузий компонентов крови[1];

- **Ошибки при использовании ионизирующего излучения** включают в себя воздействие недопустимо высокими дозами излучения, а также случаи неправильного выбора пациента или зоны воздействия излучения[2]; анализ опубликованных за 30 лет данных о безопасности лучевой терапии позволяет сделать вывод о том, что общая частота ошибок составляет 1500 на 1 миллион курсов лечения[3];

- **Сепсис** часто не диагностируется достаточно рано, когда еще можно спасти жизнь пациента; поскольку такие инфекции нередко обладают устойчивостью к антибиотикам, они могут вызывать быстрое ухудшение клинического состояния; согласно оценкам, сепсис ежегодно возникает у 31 миллиона человек по всему миру и вызывает свыше 5 миллионов случаев смерти[4];

- **Венозная тромбоэмболия** является одним из самых распространенных предотвратимых неблагоприятных событий, на долю которого приходится треть всех обусловленных госпитализацией осложнений; ежегодное количество таких случаев оценивается на уровне 3,9 миллиона в странах с высоким уровнем доходов и 6 миллионов в странах с низким и средним уровнем доходов[2];

- **Небезопасное оказание помощи в психиатрических учреждениях** имеет специфические особенности, из которых особую озабоченность вызывает нанесение предотвратимого вреда, главным образом в связи с изоляцией и использованием средств фиксации больного, членовредительским поведением и самоубийствами, побегами из учреждений и сниженной способностью больных к отстаиванию своих интересов[5].

---

[1] Janssen MP, Rautmann G. The collection, testing and use of blood and blood components in Europe. Utrecht: European Directorate for the Quality of Medicines and HealthCare (EDQM) of the Council of Europe; 2014 (https://www.edqm.eu/sites/default/files/report-blood-and-blood-components-2014.pdf, по состоянию на 7 ноября 2018 г.).

[2] Boadu M, Rehani MM. Unintended exposure in radiotherapy: identification of prominent causes. Radiother Oncol. 2009; 93:609–617. (https://doi.org/10.1016/j.radonc.2009.08.044 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19783058, по состоянию на 7 ноября 2018 г.).

[3] Shafiq J, Barton M, Noble D, Lemer C, Donaldson LJ. An international review of patient safety measures in radiotherapy practice. Radiother Oncol. 2009;92:15-21. (https://doi.org/10.1016/j.radonc.2009.03.007, по состоянию на 7 ноября 2018 г.).

[4] Fleischmann C, Scherag A, Adhikari NK, et al. Assessment of Global Incidence and Mortality of Hospital-treated Sepsis. Current Estimates and Limitations. Am J Respir Crit Care Med 2016; 193(3): 259-72.

[5] D'Lima, Archer S, Thibaut BI, Ramtale SC, Dewa LH, Darzi A. A systematic review of patient safety in mental health: a protocol based on the inpatient setting. Syst Rev. 2016; 5:203 (https://doi.org/10.1186/s13643-016-0365-7, по состоянию на 7 ноября 2018 г.).

5. Бремя проблемы небезопасного оказания помощи во всем мире усугубляется ненадлежащим оказанием первичных медико-санитарных услуг[1]. Половина случаев причинения вреда пациентам во всем мире происходит в учреждениях первичной и амбулаторной помощи, в которых четыре из 10 пациентов сталкиваются с нарушениями требований безопасности. На их долю предположительно приходится свыше 6% койко-дней и более 7 миллионов госпитализаций в странах ОЭСР. Согласно оценкам, до 80% случаев нанесения вреда в учреждениях первичной медико-санитарной помощи можно избежать[2]. Безопасность пациентов имеет важнейшее значение на всех этапах цикла оказания помощи, включая надомную, первичную помощь и помощь на базе местного сообщества и вплоть до неотложной и паллиативной помощи.

6. Небезопасная медико-санитарная помощь может иметь трагические последствия для отдельных пациентов, однако ее пагубное воздействие гораздо масштабнее: недостаточное внимание к безопасности пациентов имеет серьезные финансовые последствия для стран как с высоким уровнем доходов, так с низким и средним уровнем доходов. Имеющиеся фактические данные позволяют сделать вывод о том, что 15% расходов больниц и их мероприятий в странах ОЭСР связаны с устранением нарушений в области безопасности[3]. Снижение производительности в результате некачественного оказания помощи ежегодно обходится в 1,4–1,6 трлн. долл. США странам с низким и средним уровнем доходов[4]. На политическом уровне расплатой за невнимание к безопасности становится, в частности, утрата доверия к системам здравоохранения, органам государственной власти и общественным институтам[3]. В целом при правильном и систематическом осуществлении стратегий участия пациентов и программ медико-санитарного просвещения общее снижение причиняемого вреда может составить до 15%, что являлось бы крайне высоким уровнем отдачи от инвестиций[2].

7. Системы оказания услуг здравоохранения устроены сложно и не застрахованы от ошибок. Большинство случаев причинения вреда обусловлены человеческим фактором, когда людям приходится работать в условиях систем с плохо продуманными процедурами и методами. Культура, ориентированная на поиск и наказание виноватых,

---

[1] Woods D, Thomas EJ, Holl JL, Weiss KB, Brennan TA. Ambulatory care adverse events and preventable adverse events leading to a hospital admission. Qual Saf Health Care. 2007;16:127–131 (https://doi.org/10.1136/qshc.2006.021147; https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17403759, по состоянию на 7 ноября 2018 г.).

[2] Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N. The Economics of Patient Safety in Primary and Ambulatory Care: Flying blind. Paris: OECD; 2018 (http://www.oecd.org/health/health-systems/The-Economics-of-Patient-Safety-in-Primary-and-Ambulatory-Care-April2018.pdf, по состоянию на 23 октября 2018 г.).

[3] Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N. The Economics of Patient Safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. Paris: OECD; 2017 (https://www.oecd.org/els/health-systems/The-economics-of-patient-safety-March-2017.pdf, по состоянию на 7 ноября 2018 г.).

[4] National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Crossing the global quality chasm: Improving health care worldwide. Washington (DC): The National Academies Press; 2018 (https://www.nap.edu/catalog/25152/crossing-the-global-quality-chasm-improving-health-care-worldwide, по состоянию на 23 октября 2018 г.).

препятствует регистрации происшествий, имеющих отношение к безопасности, и мешает накоплению знаний. От таких происшествий меньше защищены некоторые категории пациентов, в частности пожилые люди, дети, представители мигрантов, пациенты, страдающие хроническими болезнями, и получатели паллиативной помощи.

ДЕЙСТВИЯ ВОЗ К НАСТОЯЩЕМУ ВРЕМЕНИ

8. Глобальная потребность в обеспечении качества помощи и безопасности пациентов была впервые отмечена на сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в 2002 году. В резолюции WHA55.18, озаглавленной «Качество медико-санитарной помощи: безопасность пациентов», содержался настоятельный призыв к государствам-членам уделять как можно более пристальное внимание проблеме безопасности больных. Начиная с 2002 г. задачи по обеспечению безопасности пациентов были сформулированы в целом ряде резолюций региональных комитетов, а ВОЗ сыграла важнейшую роль в выработке глобальной повестки дня по этой проблеме, выступая с различными инициативами, устанавливая приоритеты, организуя встречи экспертов, укрепляя сотрудничество, создавая сети, выпуская руководства, содействуя изменениям, укрепляя потенциал и отслеживая тенденции.

9. Деятельность ВОЗ по вопросам безопасности пациентов началась с организации Всемирного альянса за безопасность пациентов в 2004 г.; характер этой деятельности менялся с течением времени, одновременно с изменением обязательств и приоритетов Организации. Одним из конкретных механизмов, при помощи которого ВОЗ содействует повышению безопасности здравоохранения на территории государств-членов, стала концепция **«Глобальной задачи обеспечения безопасности пациентов»**. Перед постановкой таких «задач» выявлялся фактор безопасности пациентов, сопряженный с серьезным и высоким риском. Первая глобальная задача обеспечения безопасности пациентов «Чистота повышает безопасность медицинской помощи», инициированная ВОЗ в 2005 г., была направлена на снижение масштабов инфицирования, связанного с оказанием медико-санитарных услуг, главным образом за счет более строгого соблюдения правил гигиены рук. Вторая Глобальная задача ВОЗ по обеспечению безопасности пациентов «Безопасная хирургия спасает жизни», заявленная в 2008 г., способствовала активизации действий по сокращению рисков, связанных с хирургическими вмешательствами, в частности, благодаря составленному ВОЗ Контрольному перечню мер по обеспечению хирургической безопасности. В 2017 г. Генеральный директор ВОЗ объявила о постановке третьей Глобальной задачи обеспечения безопасности пациентов «Лекарства без вреда», нацеленной на сокращение серьезного и предотвратимого вреда, связанного с лекарствами, на 50% во всем мире в течение пяти лет[1].

10. Начиная с 2016 г. правительства Германии и Соединенного Королевства Великобритании и Северной Ирландии в сотрудничестве с ВОЗ проводят ежегодные **глобальные встречи на уровне министров по вопросам безопасности пациентов**,

[1] Лекарства без вреда: Третья глобальная задача в рамках Программы ВОЗ по обеспечению безопасности пациентов (http://www.who.int/patientsafety/medication-safety/ru/, по состоянию на 23 октября 2018 г.).

стремясь укрепить поддержку и активную позицию политических кругов для повышения приоритетности проблематики безопасности пациентов на глобальном уровне. Министры здравоохранения, высокопоставленные делегаты, эксперты и представители международных организаций продвигают вопросы безопасности пациентов на высшем политическом уровне; каждый год встречу принимает новая страна, а в 2018 г. она была проведена в Японии, где была одобрена Токийская декларация по безопасности пациентов[1].

11. Для содействия улучшению различных аспектов безопасности пациентов ВОЗ сотрудничает с ключевыми международными партнерами и поддерживает взаимодействие с рядом стран. Организация создала **Глобальную сеть по безопасности пациентов**, призванную налаживать связи между ключевыми субъектами и заинтересованными сторонами; в настоящее время в работе Сети участвуют члены из более 125 стран, а также основные международные организации. Для содействия участию пациентов и семей Организация на протяжении последних 12 лет оказывает поддержку **сети «Пациенты за безопасность пациентов»**.

12. **Техническая поддержка и ресурсы**. ВОЗ опубликовала Руководящие принципы составления учебной программы по безопасности пациентов, которые рассчитаны на самых различных специалистов и призваны способствовать изучению проблематики безопасности пациентов в университетах, училищах и учреждениях профессиональной подготовки в рамках таких специальностей, как стоматология, лечебное дело, акушерство, сестринское дело и фармацевтика. Серия технических публикаций ВОЗ по повышению безопасности первичной помощи представляет собой девять монографий, посвященных работе с пациентами, кадровым ресурсам здравоохранения, процессам оказания помощи, инструментам и технологиям, в которых анализируется масштаб и характер причиняемого ущерба и предлагаются возможные решения и практические шаги по укреплению безопасности при оказании первичной помощи. Для уменьшения рисков, связанных с родами, ВОЗ опубликовала Контрольный список для безопасных родов, а ее Контрольный перечень мер по обеспечению хирургической безопасности предназначен для снижения рисков, сопряженных с хирургическими вмешательствами. В целях упрощения сбора, анализа и повсеместного учета данных о неблагоприятных событиях ВОЗ разработала Минимальную информационную модель для обеспечения безопасности пациентов. Для распространения безопасных методов клинической практики ВОЗ опубликовала набор инструментов «Решения для обеспечения безопасности пациентов» и стандартные операционные процедуры Инициативы «High 5s». В целях укрепления теоретической базы в области безопасности пациентов ВОЗ содействовала проведению научных исследований и выработала глобальные приоритеты исследований по вопросам безопасности пациентов[2], составила оценки

[1] Tokyo Declaration on Patient Safety, Third Global Ministerial Summit on Patient Safety, 14 April 2018, Tokyo, Japan (https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000204005.pdf, по состоянию на 7 ноября 2018 г.).

[2] Представлены в публикации Global priorities for patient safety research Geneva: World Health Organization; 2009 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44205/9789241598620_eng.pdf?sequence=1, по состоянию на 7 ноября 2018 г.).

глобального бремени небезопасной помощи и создала схему финансирования исследований.

НОВЫЙ СТИМУЛ К ГЛОБАЛЬНЫМ ДЕЙСТВИЯМ ПО ПОВЫШЕНИЮ БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ

13. Структуры современного здравоохранения служат наглядным примером «сложных адаптивных систем»[1]. По мере дальнейшего повышения уровня сложности и непредсказуемости все большее значение и признание получают менее осязаемые детерминанты безопасности пациентов, и все более насущной становится потребность в более комплексном и системном подходе к безопасности. Во-первых, существует «пробел в знаниях» относительно масштабов проблемы, ее сопутствующих факторов и причин. Почти не имеется каких-либо систематизированных данных или научных исследований по вопросу о бремени проблемы и причинах нанесения вреда в странах с низким и средним уровнем доходов. Во-вторых, имеется «пробел в политике», отражающий неадекватность политических условий. Большинство систем здравоохранения либо вообще не выработали политики по вопросам безопасности пациентов, либо она существует, но имеет разрозненный характер. Необходимо определить имеющиеся варианты такой политики и пути их адаптации к местным условиям. В-третьих, имеется «пробел в проектировании», связанный с недостаточным применением научных принципов при разработке мер политики, стратегий, планов и практических инструментов обеспечения безопасности пациентов с учетом местных условий и нехватки ресурсов. В-четвертых, для ликвидации «пробела в практике» на уровне организаций и структур оказания помощи должны быть созданы группы специалистов, обучающих вопросам науки и практики управления. Наконец, существует «пробел в коммуникации», который может быть ликвидирован только за счет систематизации, обобщения и глобального распространения разрозненных передовых методой, инноваций и механизмов адаптации.

14. Потребность в обеспечении безопасности пациентов является актуальной практически для всех сторон систем здравоохранения, видов оказываемой помощи, групп населения и тематических областей. В связи с этим, при всем разнообразии условий и уровней, важнейшее значение имеет системный подход к разработке и внедрению мер политики, стратегий и планов по обеспечению безопасности пациентов. Положение дел, при котором различные практические меры продолжают существовать без связи друг с другом, представляет собой серьезную угрозу жизни и благополучию пациентов. Мероприятия по обеспечению безопасности пациентов должны быть увязаны с общими целями систем здравоохранения и предусмотрены всеми программами. Они должны служить основой для **укрепления систем здравоохранения**.

[1] Forrester JW. Counterintuitive behaviour of social systems. Cambridge, United States: Alumni Association of the Massachusetts Institute of Technology;1971 (https://ocw.mit.edu/courses/sloan-school-of-management/15-988-system-dynamics-self-study-fall-1998-spring-1999/readings/behavior.pdf, по состоянию на 23 октября 2018 г.).

15. Первичная медико-санитарная помощь служит первым рубежом взаимодействия между населением и системой здравоохранения. Это тот уровень, на котором формируется и поддерживается доверие широкой общественности к системам здравоохранения. Небезопасное и некачественное оказание помощи является одной из основных причин, по которым пациенты нередко отказываются от обращения за первичной помощью, предпочитая сразу обращаться в учреждения вторичного уровня. Поэтому решение вопросов **безопасности пациентов на уровне первичного звена** является залогом укрепления доверия и создания функционирующей, высокоэффективной системы здравоохранения. В Астанинской декларации о первичной медико-санитарной помощи убедительно сформулирован подход к достижению всеобщего охвата услугами здравоохранения[1]. Вопросы безопасности пациентов должны повсеместно учитываться в рамках этого подхода, чтобы он стал неотъемлемой составляющей систем и практики.

16. Фактические данные и знания, полученные в ходе научных исследований, не всегда воплощаются в политике и практике обеспечения безопасности пациентов. Этот разрыв необходимо устранить. **Прикладные исследования** в различных контекстах и условиях позволят эффективно выполнять конкретные насущные задачи и реагировать на специфические ситуации в странах, а уделение особого внимания потребностям уязвимых групп населения, включая стареющее население и мигрантов, а также детей и пациентов, страдающих хроническими заболеваниями, обеспечит соответствие мер выбранным приоритетам.

17. Не последнюю роль в охране здоровья играют **пациенты, семьи и местные сообщества**. Они в первую очередь обеспечивают соответствие оказываемой помощи реальным потребностям людей. Взаимодействие с пациентами, семьями и лицами, осуществляющими уход, является ключевым условием предоставления безопасной помощи. Необходимо принимать меры для расширения их прав и возможностей и укрепления их потенциала как информированных и грамотных партнеров здравоохранения. Организации здравоохранения должны предоставить платформу для обеспечения учета мнений пациентов при выработке порядка формулирования и реализации мер политики и для укрепления сотрудничества между пациентами, семьями, местными сообществами, поставщиками медико-санитарных услуг и директивными органами. Необходимо поощрять проведение общественных кампаний, поскольку они помогают повысить осведомленность людей об их роли в обеспечении безопасной помощи, а также об их правах на получение такой помощи. Безопасная помощь и защита от вреда должны быть правом каждого лица, пользующегося услугами в рамках системы здравоохранения. В качестве одного из механизмов продвижения навстречу этой цели странам следует рассмотреть возможность разработки и проведения в жизнь хартий прав пациентов.

18. Необходимым условием предоставления безопасной помощи является **наличие эффективных лидеров и компетентных и неравнодушных работников**. Понятия и

[1] Астанинская декларация о первичной медико-санитарной помощи (https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-ru.pdf, по состоянию на 6 ноября 2018 г.).

принципы безопасности пациентов должны стать неотъемлемым компонентом клинической подготовки, образования и непрерывного повышения квалификации всех категорий специалистов здравоохранения. Для обеспечения безопасности пациентов требуется пересмотреть процессы оказания помощи и внедрить на всех уровнях системы здравоохранения стандартизированные процедуры, меньше зависящие от человеческого фактора.

19. **Доступность информации** о тяжести, типах и причинах ошибок, неблагоприятных событиях и предкритических сбоев в системе является залогом разработки и внедрения мер политики, стратегий и планов обеспечения безопасности пациентов. По этой причине особое место среди различных мер обеспечения безопасности пациентов должно быть отведено созданию систем отчетности и накопления опыта в связи с неблагоприятными событиями. Система отчетности должна функционировать на принципах открытости, справедливости, ориентации на устранение недостатков, а не поиск и наказание виновных, с тем чтобы специалисты здравоохранения были мотивированы сообщать о происшествиях и делать из них выводы, а пациенты, их семьи и лица, осуществляющие уход, имели возможность сообщать свои отзывы. Также имеется потребность в проведении более систематических исследований для оценки общего бремени небезопасной помощи.

20. Непременным условием реализации мер по обеспечению безопасности пациентов и отслеживания и оценки их воздействия в XXI веке является **применение цифровых технологий**. В эпоху все большего усложнения систем медико-санитарного обслуживания цифровые технологии могут способствовать укреплению и совершенствованию важнейших элементов обеспечения безопасности пациентов, включая отчетность о происшествиях и анализ такой отчетности в целях накопления опыта, мониторинг мер по обеспечению безопасности пациентов, образование и подготовку специалистов здравоохранения, взаимодействие с пациентами и семьями и организационное обучение.

21. Повсеместное внедрение на всех уровнях систем здравоохранения многосторонней концепции **культуры безопасности пациентов** является неотъемлемым условием оказания безопасных и индивидуально ориентированных услуг населению. Хотя культура безопасности имеет многогранный характер, она во многом определяется рядом ключевых факторов, таких как управление, организационное обучение, человеческий фактор, групповая работа и общение, а также взаимодействие с пациентами и семьями. Одним из важных аспектов этой работы является понимание взаимосвязей между людьми, системами и культурами, а также принципа, согласно которому наилучшей стратегией укрепления безопасности пациентов является **совершенствование систем и накопление опыта**.

22. Тяжелое бремя небезопасной помощи можно преодолеть только посредством глобальных скоординированных усилий, основанных на принципах подотчетности и сотрудничества. Необходимо создать **глобальный координационный механизм**, которому будет, в частности, поручено укреплять возможности стран в области внедрения минимальных стандартов безопасности пациентов, обмена информацией, основанной на анализе наиболее значимых происшествий в области безопасности

пациентов и последующих выводов, и распространения передового опыта в области обеспечения безопасности пациентов.

РОЛЬ ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ СТОРОН

23. Национальные правительства имеют все возможности для того, чтобы включить безопасность пациентов в число политических приоритетов в рамках более широких мер политики и планов по обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения и предоставлять политическую поддержку и ресурсы для внедрения основных элементов обеспечения безопасности пациентов в работу систем здравоохранения, а также местных служб. Не менее важной функцией министерств здравоохранения и правительств является координация и укрепление межсекторальных и внутрисекторальных совместных мер по обеспечению безопасности пациентов. Важными участниками необходимых преобразований будут другие государственные ведомства, академические и исследовательские учреждения, различные органы, отвечающие за образование специалистов здравоохранения, организации гражданского общества, промышленность и другие заинтересованные стороны, работающие на национальном и международном уровнях.

24. ВОЗ будет поддерживать тесное взаимодействие со своими сотрудничающими центрами, международными профессиональными ассоциациями, организациями пациентов и международными экспертами, активно занимающимися вопросам безопасности пациентов, а также с национальными правительствами для содействия накоплению и распространению технических ресурсов и реализации мер в области безопасности пациентов на уровне стран.

25. ВОЗ продолжит сотрудничество со странами и партнерами в деле создания предпосылок для глобальных действий по обеспечению безопасности пациентов за счет инвестирования и мобилизации ресурсов, обмена знаниями, координации усилий и укрепления межсекторальных мер, предоставления технических экспертных услуг и внедрения систем и видов практики в области безопасности пациентов для обеспечения устойчивого прогресса в направлении всеобщего охвата услугами здравоохранения.

ДЕЙСТВИЯ ИСПОЛНИТЕЛЬНОГО КОМИТЕТА

26. Исполнительному комитету предлагается принять доклад к сведению. В ходе обсуждений Исполкому предлагается выработать руководящие указания относительно поддержки глобальных действий по обеспечению безопасности пациентов. В ходе обсуждений Исполком может пожелать сосредоточиться на следующих вопросах:

- глобальное повышение осведомленности о безопасности пациентов как об усугубляющейся проблеме общественного здравоохранения;
- надлежащие меры политики и стратегии для укрепления безопасности в секторе здравоохранения;

- обмен передовыми методами в области обеспечения безопасности пациентов и стимулирование взаимного обучения в интересах укрепления национального потенциала.

= = =