

Безопасность пациентов как национальный приоритет: от концепции к внедрению в российском здравоохранении

М.А. Мурашко¹, А.В. Самойлова², И.В. Иванов^{3,*}

¹Министерство здравоохранения Российской Федерации, Рахмановский переулок, д. 3, Москва, 127994, Россия

²Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения, Славянская площадь, д. 4, стр. 1, Москва, 109012, Россия

³ФГБУ «Всероссийский научно-исследовательский и испытательный институт медицинской техники» Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, Каширское шоссе, д. 24, стр. 16, Москва, 115478, Россия

Аннотация

Вопросы безопасности пациентов являются приоритетными на государственном и международном уровнях. С 2019 г. отмечается Всемирный день безопасности пациентов, целью которого является повышение глобальной осведомленности о безопасности пациентов и поощрение международной солидарности в действиях, направленных на повышение безопасности пациентов, снижение вреда для пациентов во всем мире, объединение профессионального сообщества и самих пациентов, их родственников, различных организаций, представляющих интересы пациентов. Российская Федерация принимает активное участие в реализации Глобального плана действий по обеспечению безопасности пациентов, который был выпущен ВОЗ в 2021 г. В настоящей статье проведен анализ хода реализации глобальных целей по обеспечению безопасности пациентов Глобального плана действий в системе здравоохранения Российской Федерации: отмечены достигнутые результаты и положительные изменения, выявлены причины текущих затруднений и нерешенных проблем, определены ключевые задачи, а также приоритетные направления дальнейшего развития на ближайшие годы с учетом национального контекста и международных ориентиров.

Ключевые слова: качество и безопасность медицинской деятельности; безопасность пациентов; Глобальный план по безопасности пациентов

Для цитирования: Мурашко М.А., Самойлова А.В., Иванов И.В. Безопасность пациентов как национальный приоритет: от концепции к внедрению в российском здравоохранении. Национальное здравоохранение. 2025; 6 (2): 5–14. <https://doi.org/10.47093/2713-069X.2025.6.2.5-14>

Контактная информация:

* Автор, ответственный за переписку: Иванов Игорь Владимирович. E-mail: ivanov@vniimt.ru

Статья поступила в редакцию: 01.08.25

Статья принята к печати: 22.08.25

Дата публикации: 15.09.25

Patient safety as a national priority: from concept to implementation in Russian healthcare

Mikhail A. Murashko¹, Alla V. Samoylova², Igor V. Ivanov^{3,*}

¹Ministry of Health of the Russian Federation, Rakhmanovsky lane, 3, Moscow, 127994, Russia

²Federal Service for Surveillance in Healthcare, Slavyanskaya square, 4, bld. 1, Moscow, 109012, Russia

³Russian Scientific and Research Institute for Medical Engineering, Kashirskoe highway, 24, bld. 16, Moscow, 115478, Russia

Abstract

Patient safety is a priority issue at the national and international levels. The World Patient Safety Day has been celebrated since 2019, the purpose of which is to raise global awareness of patient safety and encourage international solidarity in actions aimed at improving patient safety, reducing harm to patients worldwide, uniting the professional community and the patients themselves, their relatives, and various organizations representing the interests of patients. The Russian

© М.А. Мурашко, А.В. Самойлова, И.В. Иванов, 2025

Federation takes an active part in the implementation of the Global Patient Safety Action Plan, which was released by WHO in 2021. This article analyzes the progress of realization of the global goals for ensuring patient safety of the Global Patient Safety Action Plan in the healthcare system of the Russian Federation: the achieved results and positive changes are noted, the causes of current difficulties and unresolved problems are identified, key tasks are defined, as well as priority areas for further development in the coming years, taking into account the national context and international benchmarks.

Keywords: quality and safety of healthcare; patient safety; Global Patient Safety Action Plan

For citation: Murashko M.A., Samoylova A.V., Ivanov I.I. Patient safety as a national priority: from concept to implementation in Russian healthcare. *National Health Care (Russia)*. 2025; 6 (2): 5–14. <https://doi.org/10.47093/2713-069X.2025.6.2.5-14>

Contacts:

* Corresponding author: Igor V. Ivanov. E-mail: ivanov@vniimt.ru

The article received: 01.08.25

The article approved for publication: 22.08.25

Date of publication: 15.09.25

Список сокращений:

НС – нежелательное событие

АКТУАЛЬНОСТЬ

Внимание к вопросам безопасности пациентов значительно возросло во всем мире. Признавая безопасность пациентов в качестве приоритета здравоохранения, Всемирная ассамблея здравоохранения в рамках 72-й сессии 25 мая 2019 г. приняла резолюцию WHA 72.6 «Глобальные действия по обеспечению безопасности пациентов» и объявила 17 сентября Всемирным днем безопасности пациентов¹. Повышение глобальной осведомленности о безопасности пациентов и поощрение международной солидарности в действиях, направленных на повышение безопасности пациентов, снижение вреда для пациентов во всем мире, объединение профессионального сообщества и самих пациентов, их родственников, различных организаций, представляющих интересы пациентов, – цель международной организации и национальных органов управления здравоохранением, закрепленная в декларациях Глобальных министерских саммитов по безопасности пациентов (Токио 2018, Джидда 2019)².

Глобальный план действий по обеспечению безопасности пациентов до 2030 г.³ был утвержден на 74-й сессии ВОЗ в 2021 г. при участии 117 стран, в том числе Российской Федерации. Цель Глобального плана действий по обеспечению безопасности пациентов – предоставить стратегические ориентиры для устранения

предотвратимого вреда, повышения уровня безопасности и внедрения соответствующих мероприятий на всех уровнях оказания медицинской помощи. В основе Глобального плана лежит согласованное определение безопасности медицинской деятельности как системы организованных действий, направленных на формирование устойчивой культуры, процессов, моделей поведения, технологий и среды, которые обеспечивают системное снижение рисков, предупреждение причинения вреда, а также минимизацию профессиональных ошибок и их последствий. На основе этого документа Всемирная организация здравоохранения рекомендовала странам разработать национальные программы, направленные на достижение семи глобальных целей, охватывающих ключевые аспекты культуры безопасности, управления рисками, профессионального образования, вовлечения пациентов и устойчивости систем здравоохранения.

В течение пяти лет реализации мероприятий многие страны, включая Российскую Федерацию, добились значительного прогресса в повышении безопасности национальных систем здравоохранения. Тем не менее участники 7-го Всемирного министерского саммита (3–4 апреля 2025 года, Манила, Филиппины) признали недостаточную эффективность мероприятий: предотвратимые нежелательные события по-прежнему представляют серьезную угрозу

¹ World Health Organization. Global action on patient safety: resolution WHA72.6. Seventy-second World Health Assembly, 2019 May 28, Geneva. Geneva: WHO, 2019. URL: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R6-en.pdf (дата обращения: 31.07.2025).

² Ministry of Health, Labour and Welfare (Japan). Patient safety initiatives in Japan. Tokyo: MHLW, 2018. URL: <https://www.who.int/news-room/events/detail/2018/04/13/default-calendar/third-global-ministerial-summit-on-patient-safety-2018> (дата обращения: 31.07.2025).

World Health Organization. Jeddah Declaration on Patient Safety to shape safer systems for future generations. Saudi Patient Safety Center (SPSC). Jeddah: WHO, 2019. URL: <https://www.who.int/news/item/04-03-2019-jeddah-declaration-on-patient-safety-to-shape-safer-systems-for-future-generations> (дата обращения: 31.07.2025).

³ World Health Organization. Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: WHO, 2021. URL: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan> (дата обращения: 31.07.2025).

как для пациентов, так и для медицинских работников во всем мире, и призвали к ускоренным и системным действиям, в том числе совместным⁴.

Обеспечение качества и безопасности медицинской деятельности является стратегической задачей и одним из приоритетов государственной политики в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации, в том числе сюда входят нормативно-правовое регулирование вопросов качества и безопасности, а также расширение знаний на основе данных доказательной медицины. Благодаря целенаправленным усилиям в России развивается культура безопасности: безопасность перестала рассматриваться исключительно как личная ответственность конкретного исполнителя, а начинает восприниматься как коллективная обязанность всех участников системы здравоохранения, включая медицинский и немедицинский персонал, пациентов и их родственников, страховых медицинских организаций, государства в лице органов управления и контроля. Такой подход стал основой для формирования современной культуры безопасности, в которой приоритет отдается управлению рисками, системному анализу ошибок и постоянному совершенствованию процессов, а не поиску виноватых.

Цель настоящей статьи – проанализировать реализацию глобальных целей по обеспечению безопасности пациентов Глобального плана действий в системе здравоохранения Российской Федерации. В рамках анализа отмечены достигнутые результаты и положительные изменения; выявлены причины текущих затруднений и нерешенных проблем; определены ключевые задачи, а также приоритетные направления дальнейшего развития на ближайшие годы с учетом национального контекста и международных ориентиров.

Определены 7 глобальных целей Глобального плана действий по обеспечению безопасности пациентов. Ниже будут описаны вызовы, стоящие перед российским здравоохранением для реализации в нашей стране утвержденного плана действий.

Глобальная цель № 1: добиться нулевого уровня предотвратимых нежелательных событий, связанных с осуществлением медицинской деятельности.

Понятие «нулевого уровня вреда» не означает буквальное отсутствие нежелательных событий (НС) при осуществлении медицинской деятельности. Речь идет о формировании такой системы здравоохранения, в которой каждое потенциально предотвратимое НС своевременно выявляется, проводится его

системный анализ с выявлением корневых причин, принимаются упреждающие меры, исключающие повторение аналогичных инцидентов [1]. Таким образом, цель заключается не в наказании за ошибку, а в создании культуры прозрачности, непрерывного обучения и управления рисками, где акцент делается на предотвращение, а не на реакцию постфактум на уже произошедшее событие.

В Российской Федерации определение НС было впервые согласовано публичным обсуждением с профессиональным сообществом и введено в нормативно-правовое регулирование в рамках проекта по разработке и внедрению единых подходов к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, инициированного Росздравнадзором в 2015 г. В приказе Минздрава России от 31.07.2020 г. № 785н⁵ дано определение и закреплена обязанность медицинской организации выявлять и вести учет НС при осуществлении медицинской деятельности. По инициативе профессионального медицинского сообщества было принято решение использовать термин «нежелательное событие» как обобщающий, включающий в себя все другие близкие по значению понятия, применяемые в мире в системах управления качеством: медицинская ошибка, инцидент, неблагоприятное событие.

В рамках реализации проекта по внедрению практических рекомендаций Росздравнадзора используется практика, предусматривающая классификацию НС на предотвратимые и непредотвратимые. Это стало важнейшим шагом на пути к формированию культуры открытого анализа ошибок и переходу от карательного подхода к проактивному, системному анализу и профилактике. Такой подход позволяет сместить акцент с поиска виновных на выявление системных причин сбоев, тем самым способствуя переходу от реактивной к проактивной модели безопасности. Согласно международной практике непредотвратимые НС – это события, произошедшие при полном соблюдении стандартов, протоколов и надлежащей медицинской практики. Например, развитие тяжелой анафилактической реакции на ранее не применявшийся антибиотик при отсутствии аллергического анамнеза; смерть от острой сердечной недостаточности у пациента с тяжелым пороком сердца после успешно проведенной операции по жизненным показаниям. Предотвратимые НС – это события, которые привели или могли привести к причинению вреда и которых можно было избежать, если бы:

⁴ World Health Organization. Seventh Global Ministerial Summit on Patient Safety 2025 “Weaving Strengths for the Future of Patient Safety Throughout the Healthcare Continuum”, 3–4 April 2025, Manila, the Philippines. Manila: WHO, 2025. URL: <https://www.who.int/news-room/events/detail/2025/04/03/default-calendar/seventh-global-ministerial-summit-on-patient-safety-2025--weaving-strengths-for-the-future-of-patient-safety-throughout-the-healthcare-continuum> (дата обращения: 31.07.2025)/

⁵ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 №785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности». URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/74610282/> (дата обращения: 31.07.2025).

соблюдались клинические рекомендации, стандарты; обеспечивалась надлежащая подготовка персонала; эффективно функционировала коммуникация между медицинским персоналом; были устранены перегрузки, ошибки маршрутизации, дефицит ресурсов и др. Использование в практике этой классификации НС может служить основой для справедливой оценки профессиональной деятельности, непрерывного обучения и улучшения процессов, а не для наказания медицинских работников [2].

Понимая и признавая это, можно обозначить приоритеты для глобальной цели: признание невозможности достижения нулевого уровня осложнений и определение приемлемого уровня осложнений, соответствующего профилю и условиям работы медицинской организации; направление усилий для поддержания и снижения показателя в пределах регионального.

Пример: ИВЛ-ассоциированные пневмонии в отделении реанимации многопрофильного стационара с преобладанием экстренной помощи – это не исключение, а объективная реальность. В этом случае задача медицинской организации – любые отклонения от целевых границ показателя следует рассматривать как тревожный знак: резкое снижение может свидетельствовать о проблемах с регистрацией НС; рост – служит триггером неблагоприятия, требующим срочного вмешательства.

Приоритетная задача – изменить систему управления и контроля на всех уровнях: наказывать не за осложнения, а за их сокрытие. Контроль должен быть направлен не на репрессии за факт осложнения, а на выявление и анализ НС. Сокрытие НС подрывает безопасность пациентов, закрывает возможности для улучшения медицинской деятельности, обучения персонала и улучшения процессов, обеспечивающих медицинскую деятельность и управление медицинской организацией.

Важными задачами системы здравоохранения также на уровне субъекта Российской Федерации и каждой медицинской организации являются:

1. Стимулировать профессиональные сообщества к регулярному анализу, проведению научных исследований и публикации результатов – обзоров анализа НС, основанных на реальных обстоятельствах (с соблюдением анонимности и конфиденциальности). Это повысит осведомленность специалистов медицинских организаций и поможет выработать коллективный опыт предотвращения ошибок.
2. Способствовать внедрению культуры безопасности, в том числе:
 - интегрировать принципы культуры безопасности при подготовке персонала, обучении и при осуществлении внутреннего контроля;
 - поддерживать не карательную модель реагирования, создавать безопасную среду для регистрации

и обсуждения НС на уровне медицинских организаций и субъектов Российской Федерации;

- внедрить индикаторы зрелости культуры безопасности при оценке персонала и механизмов совершенствования работы.

Глобальная цель № 2: создать высоконадежные системы здравоохранения и медицинских организаций.

В системе здравоохранения Российской Федерации используется программно-целевой подход к реализации национальных проектов для обеспечения материальной устойчивости медицинских организаций. Строятся новые медицинские организации, модернизируется инфраструктура, обновляется медицинское оборудование, внедряются цифровые технологии, в том числе с использованием технологий искусственного интеллекта, развиваются телемедицинские сервисы и медицинские информационные системы. Обновляется автопарк скорой помощи, расширяется доступ населения к высокотехнологичной медицинской помощи.

Однако устойчивость медицинской организации – это не только наличие современной материально-технической базы. Настоящая устойчивость медицинской организации – это еще и способность предупреждать, своевременно выявлять и устранять ошибки до того, как они причинят вред жизни и здоровью пациента. Современная система здравоохранения должна быть построена таким образом, чтобы функционировать стабильно, безопасно и надежно даже в условиях неопределенности, повышенной нагрузки и ограниченных ресурсов, чему нас научили пандемия новой коронавирусной инфекции и жесткие ограничения, введенные в отношении Российской Федерации рядом недружественных государств. Современные вызовы потребовали комплексного подхода, в котором техническое оснащение дополняется налаженными организационными процессами; профессионально подготовленным персоналом; внедренной системой внутреннего контроля качества и безопасности; прозрачной и справедливой средой, в которой ошибки рассматриваются как повод для анализа и обучения, а не для наказания.

С 2016 г. благодаря разработке единых подходов к обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности на основе Практических рекомендаций Росздравнадзора по организации и проведению внутреннего контроля в медицинских организациях, а также с утверждением приказа Минздрава России от 31.07.2020 № 785н внедрение современной модели управления качеством в здравоохранении России стало системным, структурированным и нормативно закрепленным движением. Усилия Минздрава России, Росздравнадзора заложили основу для формирования единого подхода к управлению качеством

и безопасностью медицинской деятельности на уровне медицинских организаций всех форм собственности и уровней оказания помощи. Нормативное закрепление и практика внедрения ключевых требований к внутреннему контролю, мониторингу, управлению рисками, регистрации НС и постоянному улучшению процессов медицинской деятельности послужили основой для системного совершенствования обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности в Российской Федерации. Однако, несмотря на формальные основания и растущее внимание к этой теме, в практике остаются существенные проблемы, препятствующие эффективному развитию российской модели управления качеством в здравоохранении:

- недостаточный уровень знаний в области управления качеством, в том числе среди руководителей медицинских организаций;
- отсутствие практического опыта внедрения системы управления качеством, что приводит к формальному выполнению требований для контрольно-надзорных ведомств, в основном – к увеличению документооборота без реальных изменений в процессах медицинской деятельности;
- отсутствие штатных специалистов по качеству и безопасности с необходимым базовым уровнем профессиональной подготовки – в большинстве медицинских организаций не предусмотрена должность или штатный норматив ответственных за координацию работы по управлению качеством, дающая возможность заниматься этой непростой деятельностью в режиме полной занятости, т.е. 100% рабочего времени;
- недооценка важности культуры безопасности, управления рисками и системного анализа НС как базовых инструментов улучшения;
- слабая междисциплинарная интеграция, когда деятельность по управлению качеством воспринимается как административная нагрузка, связанная с ведением документации, а не как часть клинической практики медицинской организации.

Все это ведет к тому, что внедрение системы управления качеством и безопасности медицинской деятельности часто остается декларативным, а потенциал системы как инструмента управления рисками, повышения устойчивости и развития высоконадежных организаций – не реализуется в полной мере.

Исходя из имеющихся условий, необходимо реализовать следующие задачи:

1. Совершенствовать ведомственное нормативное правовое регулирование обязательных требований и мотивации профессионального сообщества для внедрения системы управления качеством на основе российских подходов во всех медицинских организациях страны: необходима разработка требований к структуре управления качеством в медицинских организациях и профессиональных

стандартов специалистов по вопросам управления и контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

2. Научно обосновать статистические показатели качества и безопасности медицинской деятельности, провести научные исследования вопросов качества и безопасности медицинской деятельности в Российской Федерации на основе международных подходов по изучению показателей качества и безопасности медицинской деятельности.
3. Разработать и внедрить образовательные программы для медицинских работников по вопросам обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности с включением соответствующих тем в аккредитационные требования специалистов разного уровня, включая руководителей, специалистов по качеству и внутреннему контролю.

Ключевым звеном управления качеством являются региональные органы управления здравоохранением. Для создания непрерывной и бесшовной модели управления качеством необходимо масштабное внедрение и адаптация в регионах Российской Федерации системы управления качеством. Для внедрения региональных моделей важно использовать весь имеющийся потенциал под руководством региональных органов управления с созданием региональных центров компетенций (центров методической поддержки) на базе ведущих клиник и медицинских высших и средних специальных учебных заведений с привлечением профильных национальных медицинских исследовательских центров. В Российской Федерации существуют различия в условиях оказания медицинской помощи (географические, экономические, национальные), которые необходимо учитывать при разработке региональной модели управления качеством. Объединение усилий национальных медицинских исследовательских центров и субъектов Российской Федерации позволит внедрить единые подходы к учету НС по профилям помощи, организовать и регулярно проводить национальные опросы персонала по культуре безопасности; изучать типовые ошибки и лучшие практики, доступные для всех учреждений страны. Использование цифровых технологий, внедряемых повсеместно, позволит интегрировать модели управления качеством в региональные программы развития здравоохранения, включить индикаторы качества и безопасности в систему оценки эффективности медицинских организаций и органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации.

Глобальная цель № 3: гарантировать безопасность всех клинических процессов.

Мероприятия, реализуемые в рамках достижения цели, направлены на то, чтобы все клинические процессы – от диагностики и назначения лечения

до проведения процедур, выписки или перевода пациента – были организованы таким образом, чтобы минимизировать риски ошибок и причинения вреда пациенту. Речь идет о переходе от модели, в которой ответственность за безопасность лежит исключительно на отдельном специалисте, к системной организации клинических процессов. В этой модели каждый этап маршрута пациента структурирован, стандартизирован и защищен от сбоев благодаря:

- применению порядков, стандартов и клинических рекомендаций;
- прозрачности действий и четким алгоритмам;
- многоуровневому контролю и обратной связи;
- непрерывному обучению персонала и развитию командного взаимодействия.

Такой подход обеспечивает качество медицинской помощи и создает условия для формирования культуры безопасности в ежедневной практике.

В России внедрена система государственного контроля (надзора) качества и безопасности медицинской деятельности, федерального государственного контроля (надзора) лекарственных средств и медицинских изделий. Системно внедряются клинические рекомендации, разработанные профессиональными сообществами специалистов на основе данных доказательной медицины, внедрены современные медицинские информационные системы, профилирующие потерю или искажение информации о пациенте, используется искусственный интеллект (например, для контроля результатов визуальных методов диагностики), чек-листы в повседневной практике. Эти меры направлены на повышение предсказуемости, повторяемости и безопасности клинических процессов, а также на укрепление системного подхода к обеспечению качества медицинской помощи [3].

Важными задачами для последующего развития и совершенствования являются следующие:

1. Автоматизировать деятельность с акцентом на предотвращение медицинских ошибок, прежде всего за счет расширения функциональности медицинских информационных систем: интеграция клинических помощников принятия решений, внедрение электронного листа назначений с системой двойной верификации, подключение терапевтических контрольных маркеров и триггеров для мониторинга эффективности и безопасности терапии лекарственными препаратами, автоматизация оценки лекарственной нагрузки, особенно у пожилых и отдельных категорий пациентов, для исключения полипрагмазии.
2. Внедрять мероприятия по повышению эпидемиологической безопасности и противодействию антимикробной резистентности: стандартизация и контроль соблюдения режимов гигиены рук, изоляции, обработки поверхностей, рациональное использование антибиотиков (внедрение и контроль

протоколов антибиотикопрофилактики, эмпирической антибиотикотерапии, использования антибиотиков резерва); мониторинг внутрибольничных инфекций и устойчивости микрофлоры, регулярный анализ и реализация корректирующих действий.

3. Способствовать внедрению клинических рекомендаций, внедрять клинический аудит назначений, не соответствующих клиническим рекомендациям (избыточные клинические анализы, инструментальные исследования, назначения лекарственных препаратов и пр.); снижать количество процедур с низкой клинической ценностью, по которым требуется ограничение и контроль; развивать междисциплинарное командное взаимодействие путем организации обучения персонала эффективной клинической коммуникации, структурированной информации при передаче ответственности за пациента при передаче или переводе пациента; вовлекать средний медицинский персонал (медсестер, фельдшеров, акушеров) в планирование и контроль клинических процессов; поддерживать командные решения и междисциплинарное взаимодействие на всех уровнях оказания помощи.

Глобальная цель № 4: улучшить взаимодействие с пациентами и членами их семьи с целью обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности.

Пациенты и их семьи должны быть активными участниками, а не только объектами медицинской помощи. Такое партнерство предполагает их участие в принятии клинических решений, контроле качества медицинской помощи, образовательных и просветительских инициативах. Вовлечение пациентов в процесс оказания медицинской помощи способствует повышению ответственности и вовлеченности пациентов, их приверженности процессу лечения, снижению клинических и организационных рисков, раннему выявлению ошибок и сбоев, повышению качества и безопасности медицинской деятельности, укреплению доверия между пациентами и медицинскими организациями.

В Российской Федерации уделяется значительное внимание выстраиванию новых взаимоотношений с пациентами и членами их семьи, разработана и реализуется концепция пациентоцентричности, работают общественные советы при федеральных и региональных органах исполнительной власти, функционируют пациентские организации, используются различные формы независимого контроля качества медицинской помощи. Такой подход отражает современные принципы ориентированной на пациента системы здравоохранения, в которой голос пациента учитывается на всех уровнях принятия решений. Дали ли все эти инициативы ожидаемый результат? Привели ли к значительному повышению удовлетворенности пациентов качеством помощи? По данным Минздрава

России, по итогам 2024 г. уровень удовлетворенности медицинской помощью составил 53,9 %, что демонстрирует значительный рост за трехлетний период измерений⁶. Однако в рамках национального проекта «Продолжительная и активная жизнь» установлен новый ориентир – достижение уровня удовлетворенности не ниже 55,2 % к 2030 г.⁷ Исходя из заданных Президентом Российской Федерации ориентиров, необходимо решить следующие задачи:

1. Согласовать единое определение и методику оценки удовлетворенности пациентов качеством и безопасностью медицинской деятельности. В качестве базового можно использовать наиболее распространенное: удовлетворенность пациентов медицинской помощью – это комплексный показатель, отражающий степень соответствия качества, условий и сроков оказания медицинской помощи ожиданиям пациента, его представлениям о доступности, компетентности персонала и работе медицинской организации в целом. Исходя из этого, удовлетворенность пациентов можно выразить простой формулой: «Удовлетворенность = Ожидания – Реальный опыт». Следует использовать эту формулу в качестве основы для проектирования процессов, повышения качества и анализа причин недовольства пациентов и их законных представителей.
2. Разработать и внедрить национальную методику измерения удовлетворенности пациентов, включающую: стандартизированные опросники (анонимные, после приема или госпитализации пациентов в медицинские организации); цифровые инструменты для сбора и анализа данных; периодическую отчетность с возможностью сравнения по регионам и типам медорганизаций.
3. Для формирования реальных ожиданий пациентов и членов семьи необходимо обеспечить ясное, честное и своевременное информирование на всех этапах оказания помощи в соответствии с программой госгарантий; сделать пациента партнером, а не пассивным получателем помощи, для этого обеспечить постоянный доступ пациентов к своей медицинской информации и возможность вносить замечания и предложения; предоставлять право выбора (если оно возможно), обеспечить возможность получения второго мнения, формировать реалистичный «путь пациента» – совместно разрабатывать маршруты (от направления до выписки) и озвучивать их заранее; уточнять сроки ожидания (на прием, обследование, госпитализацию) в соответствии с установленными регламентами; обеспечивать постоянную обратную связь, предоставить пациенту возможность задать

вопрос в любой момент (телефон, мессенджер, инфомат и т.п.), создавать среду участия: школы пациента, совместные беседы, доступ к клинически значимой информации.

Глобальная цель № 5: создать устойчивую профессиональную культуру безопасности в здравоохранении через образование, подготовку и поддержку медицинских работников.

Суть глобальной цели заключается в создании условий, при которых все медицинские работники обладают необходимыми знаниями, навыками и умениями в области обеспечения безопасности пациентов; работают в среде, где безопасность является приоритетом на всех уровнях; проходят регулярное обучение, получают систематическую поддержку и объективную оценку своих действий, включая участие в анализе НС и ошибок; ощущают себя частью справедливой, некриминализирующей культуры медицинской деятельности, способствующей открытому обсуждению проблем в профессиональном сообществе. Безопасная система здравоохранения невозможна без компетентных, мотивированных и защищенных специалистов.

На сегодняшний день в Российской Федерации темы культуры безопасности, управления клиническими и организационными рисками включены в программы первичной подготовки и последипломного образования. Активно создаются и функционируют центры симуляционного обучения – высшие и средние специальные учебные заведения, медицинские организации осваивают технологии обучения в условиях, приближенных к реальности. Начинают формироваться элементы оценочных систем, учитывающих знания и практики в области управления качеством и безопасностью медицинской деятельности в рамках аккредитации специалистов [4].

Для повсеместного развития данного направления требуется:

1. Обновить профессиональные требования: внести положения по обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности в профессиональные стандарты и квалификационные требования медицинских работников, включая организаторов здравоохранения.
2. Уточнить и дополнить перечни профессиональных компетенций медицинских работников, включив знание принципов системы менеджмента качества, клинического риск-менеджмента и культуры безопасности.
3. Интегрировать вопросы безопасности в систему оценки деятельности работников, в том числе

⁶ Информация о реализации федерального проекта «Модернизация первичного звена здравоохранения Российской Федерации» национального проекта «Здравоохранение» за период 2021–2024 годов. <https://minzdrav.gov.ru/modernizatsiya-pervichnogo-zvena-zdravoohraneniya-rf> (дата обращения: 27.08.2025).

⁷ Паспорт национального проекта «Продолжительная и активная жизнь» (утв. Министерством здравоохранения Российской Федерации, Советом при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам, 2025 г.). URL: <https://base.garant.ru/411738981/> (дата обращения: 31.07.2025).

руководителей: дополнить традиционные количественные показатели (например, число обслуженных пациентов или выполненных процедур) качественными индикаторами, отражающими приверженность принципам безопасности, поощрять участие в программах обучения по безопасности и в мероприятиях по разбору и анализу НС.

4. Создать безопасную среду для объективного анализа НС в медицинских организациях, обеспечив организационную защиту медицинских работников от наказания за добросовестные ошибки, допущенные при условии соблюдения установленных стандартов, порядков и клинических рекомендаций; обеспечив всестороннюю поддержку персоналу, особенно в эмоционально тяжелых случаях (например, при серьезных клинических инцидентах) через программы психологической помощи, участие в обучающих разборах НС с фокусом на выявление корневых причин, а не на поиске виновных.
5. Создать и внедрить в практику центры поддержки «вторичной жертвы», направленные на оказание психологической и профессиональной помощи медицинским работникам, столкнувшимся с тяжелыми ситуациями в ходе исполнения своих профессиональных обязанностей.

Глобальная цель № 6: создать эффективную, устойчивую, цифровую систему, которая обеспечивает своевременный сбор, анализ и использование информации о безопасности пациентов.

В Российской Федерации реализуются отдельные проекты по учету и анализу НС, связанных с медицинской деятельностью. В соответствии с приказом Минздрава России № 785н от 31.07.2020 мероприятия по учету НС при осуществлении медицинской деятельности являются обязательными в рамках внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Пример:

Совместная инициатива ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора, Благотворительного фонда «Безопасное здравоохранение» и КГБУЗ «Красноярская краевая клиническая больница» – проект «Мониторинг показателей качества и безопасности медицинской деятельности».

Все участники добровольно вносят данные о ключевых показателях безопасности в единую анонимную базу, охватывающую различные направления медицинской деятельности: эпидемиологическую безопасность; хирургическую безопасность. Система устроена таким образом, что информация о конкретной медицинской организации недоступна другим участникам – организации ориентируются на тип, размер

и профиль учреждения, что делает сравнение объективным и корректным. За два года с момента согласования перечня показателей большинство участников достигли среднемирового уровня регистрации НС. Улучшилось качество учета таких клинически значимых событий, как: катетер-ассоциированные инфекции кровотока, катетер-ассоциированные инфекции мочевыводящих путей, ИВЛ-ассоциированные пневмонии и др. Участие в проекте не несет карательных последствий, создает условия для обучающей среды и обмена опытом. Анализ данных позволяет оценивать динамику, выявлять слабые места и разрабатывать системные меры улучшения.

Несмотря на то что выявление НС является обязательным мероприятием в рамках внутреннего контроля, сегодня оно реализуется не во всех организациях. По данным публикаций, выявляемость НС в субъектах Российской Федерации очень сильно варьирует и составляет от 0,9–1,4 до 42 случаев на 1000 госпитализированных пациентов⁸. При этом, по данным социологического опроса медицинских работников, каждый третий респондент не понимает, какие события необходимо выявлять в качестве нежелательных.

Для данного направления перспективными задачами являются:

1. Развивать систему учета и анализа НС на национальном уровне: разработать и внедрить единые классификации и форматы отчетности о НС, включая как предотвратимые, так и непредотвратимые события.
2. Создать национальный реестр НС с возможностью анализа по профилям, медицинским организациям, субъектам Российской Федерации.
3. Поддерживать некарательный подход к регистрации событий – с фокусом на выявление системных причин, а не выявление виновных лиц.
4. Внедрять информационные системы в медицинских организациях: интеграция систем электронных медицинских записей с модулями учета и анализа НС, внедрение электронных чек-листов, систем назначения лекарственных препаратов, предупреждений о дозировке, дублировании и несовместимости лекарственных препаратов, использование данных из электронных медицинских записей для выявления отклонений и потенциальных рисков. Перспективным видится использование технологий искусственного интеллекта: внедрение его для автоматического анализа изображений (например, компьютерной и магнитно-резонансной томографии) на ошибки; оценки рисков пациента в реальном времени; предиктивной аналитики (предупреждение ухудшения состояния). Использование блокчейн-технологий для прозрачного хранения информации о вмешательствах,

⁸ Макарошкина М.В. Совершенствование процесса управления нежелательными событиями в медицинской организации: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России. 2025. 26 с. URL: https://mednet.ru/images/stories/files/abstracts/Autoreferat_Makarochkina.pdf (дата обращения: 01.09.2025).

доступе к данным, изменениях в электронных медицинских записях. Мобильные приложения и личные кабинеты пациента с информацией о рисках, планах лечения, с возможностью сообщать о нежелательных реакциях при использовании лекарственных препаратов и медицинских изделий [5].

Например, интеллектуальная медицинская информационная система с возможностью фиксации триггеров (отмена операции в день вмешательства) для последующего анализа.

5. Развивать системы контроля безопасности: автоматический контроль за соблюдением стандартов, порядков, клинических рекомендаций (например, оценки критериев качества оказания медицинской помощи, антибиотикопрофилактики, оценки риска тромбэмболических осложнений, вакцинации и т.д.); включение сигнальных маркеров безопасности в цифровые системы (например, пропущенные дозы, превышение объема трансфузий). Реализация доступных дашбордов (панелей мониторинга) для контроля ключевых показателей безопасности на уровне медицинской организации, субъекта Российской Федерации и системы в целом. Подобные изменения могут быть реализованы в рамках риск-ориентированной модели контроля и надзора на основе проактивного подхода Росздравнадзора.
6. Исследовать проблемы безопасности пациентов: осуществлять сбор первичных данных, проводить научные и аналитические исследования частоты, причин, последствий НС, связанных с медицинской деятельностью, развивать национальные исследовательские инициативы, сфокусированные на безопасности медицинской деятельности.
7. Создавать центры экспертизы безопасности пациентов в субъектах Российской Федерации, федерального ситуационного центра по вопросам безопасности пациентов на базе Росздравнадзора для мониторинга безопасности и планирования активности профилактической и контрольно-надзорной деятельности.

Глобальная цель № 7: развивать и поддерживать многосекторальную и многонациональную синергию, партнерство и солидарность для повышения безопасности пациентов и качества медицинской помощи.

Данная цель направлена на формирование устойчивой согласованной мультидисциплинарной системы управления качеством и безопасностью медицинской деятельности, основанной на партнерстве и координации всех заинтересованных сторон: государственных органов и медицинских организаций, профессионального медицинского сообщества, пациентских организаций. Это признание того, что обеспечение безопасности пациентов невозможно силами одной структуры, необходимы согласованные усилия всех участников [6].

Для реализации данного направления необходимо проведение широкой информационной кампании, освещающей важность равноправного участия пациентов, их родственников в процессе оказания медицинской помощи, формирования взаимной равной ответственности за жизнь и здоровье, приверженности и вовлеченности в работу медицинского персонала и пациентов для обеспечения высокого уровня качества и безопасности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Реализация семи глобальных целей по обеспечению безопасности пациентов – это не столько вопрос ресурсов, сколько вопрос приоритетов, ответственности и совместных усилий. Большинство мер, предлагаемых в рамках Глобального плана ВОЗ, не требуют масштабных финансовых вложений, но требуют согласованности действий, системного подхода и подлинного партнерства между всеми участниками процесса оказания медицинской помощи на всех уровнях.

Качество и безопасность медицинской деятельности – это не абстрактная категория, а ежедневная, конкретная практика: как организован прием, что сказано пациенту, как передана информация между дежурными сменами, как оформлены необходимые пациенту назначения, как обсуждаются ошибки. Это – культура, которую вместе формируют государство, профессиональное медицинское сообщество, пациенты и их семьи.

У Российской Федерации есть все предпосылки, чтобы стать одним из мировых лидеров в построении устойчивой, ответственной, безопасной системы здравоохранения: создана нормативная правовая база, накоплен практический опыт, существует высокий профессиональный потенциал, ведется цифровая трансформация отрасли здравоохранения.

Сегодня перед нашей системой здравоохранения открывается уникальная возможность: не просто внедрить лучшие подходы, а показать всему миру собственную эффективную модель здравоохранения, в которой на первое место ставятся человек, его здоровье, его безопасность и доверие к системе.

Вопрос не в том, можем ли мы достичь этих целей. Вопрос в том, готовы ли мы действовать сообща – каждый на своем уровне, с верой в общий результат. И этот путь мы пройдем успешно!

Конфликт интересов. М.А. Мурашко, главный редактор, и А.В. Самойлова, член редакционного совета, не принимали участия в редакционном рассмотрении и принятии решений по данной статье. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. Mikhail A. Murashko is an Editor-in-chief, and Alla V. Samoylova is an editorial council member: both had no role in the editorial review and decision making for this article. The authors declare that there is no conflict of interests.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки (собственные ресурсы).

ВКЛАД АВТОРОВ

М.А. Мурашко – разработка концепции работы, редактирование статьи.

А.В. Самойлова – анализ и интерпретация материалов, связанных с медицинскими аспектами рассматриваемых проблем, редактирование статьи.

И.В. Иванов – обзор литературы, написание текста и редактирование статьи.

Все авторы утвердили окончательную версию статьи.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- 1 Пивень Д.В., Кицун И.С., Иванов И.В. Реформа контрольно-надзорной деятельности и проверки медицинских организаций: мифы и реальность. Менеджер здравоохранения. 2024; 3: 13–23. <https://doi.org/10.21045/1811-0185-2024-2-13-23>. EDN: NZQJRK
- 2 Минулин И.Б., Швабский О.Р., Иванов И.В. и др. Обзор подходов к учету и анализу нежелательных событий при осуществлении медицинской деятельности. Менеджер здравоохранения. 2021; 3: 9–17. <https://doi.org/10.21045/1811-0185-2021-3-9-17>. EDN: LIBFFQ
- 3 Макарошкина М.В., Люцко В.В. Понимание термина «нежелательное событие» как основа успешной идентификации и учета при осуществлении медицинской деятельности. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2023; 3: 864–876. <https://doi.org/10.24412/2312-2935-2023-3-864-876>. EDN: RTVKTF
- 4 Таут Д.Ф., Швабский О.Р., Толкачева А.Г. и др. Оценка культуры безопасности медицинских работников для улучшения качества медицинской помощи. Менеджер здравоохранения. 2021; 3: 33–39. <https://doi.org/10.21045/1811-0185-2021-3-33-39>. EDN: VCRDZK
- 5 Ванько В.В., Артемова О.Р., Карпов О.Э. и др. Итоги внедрения искусственного интеллекта в здравоохранении России. Врач и информационные технологии. 2024; 3: 32–43. https://doi.org/10.25881/18110193_2024_3_32. EDN: TIASHB
- 6 Самойлова А.В. Организация контроля качества и безопасности медицинской деятельности и инструменты снижения рисков при оказании медицинской помощи. Вестник Росздравнадзора. 2023; 1: 6–19. EDN: MATGLE

Financial support. The study was not sponsored (own resources).

AUTHOR CONTRIBUTIONS

Mikhail A. Murashko – development of the concept of the work, editing the article.

Alla V. Samoylova – analysis and interpretation of materials related to the medical aspects of the problems under consideration, editing the article.

Igor V. Ivanov – literature review, writing the text and editing the article.

All the authors approved the final version of the article.

- 1 Piven D.V., Kitsun I.S., Ivanov I.V. Reform of control and supervisory activities and inspection of medical organizations: myths and reality. Manager Zdravoochranenia. 2024; 3: 13–23 (In Russian). <https://doi.org/10.21045/1811-0185-2024-2-13-23>. EDN: NZQJRK
- 2 Minulin I.B. Shvabskiy O.R., Ivanov I.V., et al. Review of approaches to accounting and analysis of adverse events in medical activity. Manager Zdravoochranenia. 2021; 3: 9–17 (In Russian). <https://doi.org/10.21045/1811-0185-2021-3-9-17>. EDN: LIBFFQ
- 3 Makarochkina M.V., Lyutsko V.V. Understanding of the term “adverse event” as a basis for successful identification and consideration in the implementation of medical activities. Current problems of health care and medical statistics. 2023; 3: 864–876 (In Russian). <https://doi.org/10.24412/2312-2935-2023-3-864-876>. EDN: RTVKTF
- 4 Taut D.F., Shvabskiy O.R., Tolkaheva A.G., et al. Safety culture – a fundamental aspect of safety and improving the quality of medical care. Manager Zdravoochranenia. 2021; 3: 33–39 (In Russian). <https://doi.org/10.21045/1811-0185-2021-3-33-39>. EDN: VCRDZK
- 5 Vanko V.V., Artemova O.R., Karpov O.E., et al. Results of the implementation of artificial intelligence in the Russia Healthcare. Medical doctor and information technologies. 2024; 3: 32–43 (In Russian). https://doi.org/10.25881/18110193_2024_3_32. EDN: TIASHB
- 6 Samoylova A.V. Organization of quality and safety control of medical activities and tools for reducing risks in the provision of medical care. Vestnik Roszdravnadzora. 2023; 1: 6–19 (In Russian). EDN: MATGLE

Информация об авторах

Мурашко Михаил Альбертович – д-р мед. наук, профессор, министр здравоохранения Российской Федерации.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4426-0088>

Самойлова Алла Владимировна – д-р мед. наук, профессор, руководитель Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9142-8808>

Иванов Игорь Владимирович – д-р мед. наук, генеральный директор ФГБУ «Всероссийский научно-исследовательский и испытательный институт медицинской техники» Росздравнадзора

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0971-853X>

Information about the authors

Mikhail A. Murashko – Dr. of Sci. (Medicine), Professor, Minister of Health of the Russian Federation.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4426-0088>

Alla V. Samoylova – Dr. of Sci. (Medicine), Professor, Director of the Federal Service for Surveillance in Healthcare.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9142-8808>

Igor V. Ivanov – Dr. of Sci. (Medicine), General Director of the Russian Scientific and Research Institute for Medical Engineering.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0971-853X>