

СТАНДАРТИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЕ

Б.А. Абилов, М.Б. Искаков, Б.Б. Майканаев

Представлен анализ изучения системы стандартизации и непрерывного повышения качества медицинских услуг. В качестве важного компонента системы управления качеством медицинской помощи рекомендуется создание института стандартизации здравоохранения..

Ключевые слова: стандарты; стандартизация; качество медицинской помощи; хирургическая служба.

Как известно, проблемы развития и внедрения стандартизации являются актуальными и значимыми для системы общественного здравоохранения. С внедрением стандартов связывают перспективы создания системы непрерывного улучшения качества медицинской помощи,

при этом под стандартом понимают нормативный правовой документ, регламентирующий набор правил и требований к объекту стандартизации и утвержденный соответствующим компетентным органом [1]. Медицинский стандарт специалисты разных стран определяют как упо-

рядоченную последовательность отражающих достижения науки и практики диагностических и лечебных мероприятий в сочетании с оценкой эффективности медицинской помощи на основе объективных критериев и сроков наблюдений [2–5]. По определению О.П. Щепина [6], стандарт – это ожидаемое качество, и в системе медицинской помощи он способствует определению его уровня. Впервые попытка формализации структуры, процессов и результатов медицинской помощи была предпринята в США, где эта проблема исследуется с начала XX в. Для оценки деятельности медицинских учреждений был создан и внедрен ряд стандартов – аккредитации, профессиональные стандарты для медицинских работников и др. [7]. В настоящее время стандартизация является важнейшим компонентом единого процесса управления здравоохранением во многих странах мира [8, 9].

В 1976 г. А. Donabedian [10] предложил к использованию системную классификацию методов анализа качества в здравоохранении, по которым предполагалось оценивать структуру, процесс и результаты медицинского обслуживания. Подобная система предусматривает:

- анализ профессиональных качеств врача, обеспеченности аппаратурой и медперсоналом, условий организации и финансирования (качество структуры);
- оценку диагностических и лечебных мероприятий (качество процесса);
- анализ исходов (качество результатов).

Соответственно выделяют следующие типы стандартов:

- стандарты структуры, по которым определяется ресурсная база учреждения здравоохранения – материально-техническое обеспечение, кадры;
- стандарты процесса – определяют технологию лечения и диагностики;
- стандарты результата лечения (т.е. стандарты качества).

В конце 1970-х гг. была разработана классификация, которая основывается на многомерном анализе клинико-статистической информации. Единицей измерения при этом являются клинико-статистические группы (КСГ), которые формируются с учетом основного диагноза, осложнений и сопутствующих заболеваний [9]. Использование КСГ облегчает осуществление контроля качества, делает возможным функционально-стоимостной анализ медицинской помощи, создает условия для оценки взаимосвязи между состоянием здоровья и качеством медицинского об-

служивания. Для оценки качества медицинской помощи, которую получает каждый конкретный пациент, необходимы стандарты ее основных характеристик по нозологическим формам заболеваний и их групп, соответственно стадиям лечебно-диагностического процесса, профилактики, реабилитации.

Таким образом, концепция качества предусматривает сравнение фактических и стандартных параметров. Основными требованиями к стандартам лечебно-диагностического процесса являются ранняя диагностика и ее достоверность, своевременность и адекватность медицинской помощи, квалификация персонала и полнота этой помощи, деонтологические аспекты, экономичность. При этом стандарты не являются раз и навсегда установленными параметрами, периодически они должны пересматриваться в соответствии с изменяющимися социально-экономическими условиями и научно-техническим прогрессом. Следует отметить, что имеются концептуальные различия в подходах к стандартам со стороны организаторов здравоохранения и клиницистов. Если первые рассматривают стандарты преимущественно как инструмент анализа организации медицинской помощи и оценки ее качества (стандарты структуры и стандарты результата), то клиницисты стандарты интересуют, прежде всего, как регламент оказания адекватной медицинской помощи и преемственности ее на различных уровнях – стандарты процесса и стандарты результата. Перспективы совершенствования отрасли здравоохранения связаны с созданием системы обеспечения и контроля качества медицинской помощи на основе разработанных стандартов. Это положение в полной мере относится и к вопросам решения одной из наиболее актуальных проблем современного общества – проблеме хирургической патологии. По данным Национального хирургического центра при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики, в стране ежегодно производится около 20 тысяч только экстренных хирургических операций. В 2001 г. в республике было проведено 82744 различных оперативных вмешательств [11]. Уровень оперативных вмешательств составляет, например, по Российской Федерации – 490,6 случая на 10 тыс. населения. При этом следует учесть, что по данным ВОЗ хирургическая патология, имея тенденцию к ежегодному возрастанию на 2 %, составляет 25–30 % в структуре общей заболеваемости, а среди основных причин смертности населения стоит на первом месте у лиц в возрасте до 45 лет.

В последнее время частота хирургической патологии, согласно проведенным нами исследованиям, колеблется в разных регионах мира от 2,3 до 6,0 ‰, составляя в среднем 4,0–4,2 ‰, т.е. около 200 тысяч человек в течение года. Фактически в течение прошедших 15–20 лет произошло увеличение ее частоты в два раза. Прогрессирующе нарастает количество и соответственно удельный вес послеоперационных осложнений. Если в 2008 г. больные с послеоперационными осложнениями составляли, по данным НХЦ, 0,25 %, то в 2009 г. – уже 0,29 % на фоне неуклонного роста количества оперированных больных (соответственно 4668 и 4823 больных). Как свидетельствует проведенный нами анализ, среди основных причин неблагоприятных исходов, особенно среди жителей сельской местности, нередко фигурируют неполное обследование и лечение, устаревшие и неадекватные подходы к диагностической и лечебной тактике, игнорирование современных достижений медицинской науки в области диагностики и лечения хирургической патологии. Стремление к оптимизации принимаемых в каждом конкретном случае диагностических и лечебных мероприятий наряду с масштабностью проблемы в целом логично предполагают переход к построению и использованию стандартных, наиболее рациональных схем организации этих мероприятий. Данная задача впервые была решена путем разработки стандартов медицинских технологий диагностического и лечебного процессов стационарной медицинской помощи при острой хирургической патологии, вошедших, в конечном итоге, в единый блок медицинских стандартов, утвержденных приказом Министерства здравоохранения КР от 27 июля 2003 г. № 226. При разработке стандартов медицинских технологий в диагностике и лечении острой хирургической патологии учитывали как специфику хирургической службы, представляющей один из видов специализированной медицинской помощи, характеризующейся преимущественно стационарным профилем и наличием хирургических стационаров различных уровней, так и реальную оценку ситуации, определяющую преимущественную госпитализацию пострадавших в стационары нехирургического профиля. В качестве основных требований при создании медицинских стандартов для диагностического и лечебного процессов при острой хирургической патологии учитывались:

- адекватность предложенных объемов и видов диагностических и лечебных мероприя-

тий поставленным задачам диагностического и лечебного процессов;

- возможность осуществления оговоренного технологического процесса оказания медицинской помощи пострадавшим в существующих условиях соответствующих лечебно-профилактических учреждений;
- реальная достижимость предполагаемых исходов лечения.

В основу разработки стандартов медицинских технологий был положен нозологический принцип, т.е. диагноз является основой формирования стандарта. Такой подход имеет свои особенности, поскольку врач в своей практической работе, как правило, использует иную последовательность действий: обследование больного и выявление симптомов заболевания или травмы – группировка выявленных симптомов в синдромы – проведение дифференциальной диагностики – установление диагноза. Концептуально это вполне правомочно и оправданно, если учитывать, что стандарты являются не справочным пособием по диагностике и лечению, а технологическим и юридическим документом, определяющим как необходимые виды и объемы медицинской помощи, так и уровень требований к качеству диагностического и лечебного процессов. Следует отметить, что стандарты необходимо периодически пересматривать и совершенствовать. Только при соблюдении этого условия они будут соответствовать современному уровню развития медицинской науки, и способствовать повсеместному повышению эффективности и качества лечения, рациональному использованию ресурсов, внедрению передовых медицинских технологий.

Литература

1. Михалевиц П.Н., Галицкий О.И., Карницкий Г.Г. Разработка и использование стандартов качества работы учреждений здравоохранения // Здравоохранение Беларуси. 1992. № 3. С. 49–53.
2. Абрамов А.Ю. Научно-организационные аспекты совершенствования контрольно-разрешительных механизмов в системе управления качеством медицинской помощи: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2008. 24 с.
3. Ластовецкий А.Г. Классификатор медицинских услуг – перечень производственных медицинских стандартов // Экономика здравоохранения. 1997. № 12. С. 22–27.
4. Мыльникова И.С. Развитие системы гарантий качества в здравоохранении (исторический

- очерк) // Качество медицинской помощи. 1996. № 1. С. 34–40.
5. Ямлиханов Г.Т., Попов О.С. Сравнительный анализ результатов экспертизы качества лечения в МУЗ “Клиническая больница № 1” // Здоровоохранение и социальное развитие Башкортостана. 2008. № 3. С. 10–12.
 6. Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи / О.П. Щепин, В.И. Стародубов, А.Л. Линденбрaten, Г.И. Галанова. М.: Медицина, 2002. 174 с.
 7. *Brooks D.C.* The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. In: N. Goldfield, D.B. Nash. Providing quality care: Future challenges. Michigan, Health Administration Press, 1995. P. 145–160.
 8. *Heidemann E.Y.* The contemporary use of standards in health care. WHO, 1995. 67 p.
 9. *Sarfield B., Powe N.R., Wiener J.R. et al.* Costs is quality in different types of primary care settings // JAMA. 1994. V. 272, N 24. P.1903–1908.
 10. *Donabedian A.* Evaluating the quality of medical care // Milbank Memorial Fund Quarterly. 1976. V. 44. P. 166–206.
 11. Концепция развития и совершенствования хирургической службы Кыргызской Республики на период 2003–2010 гг. / М.М. Мамакеев, И.А. Ашимов, А.А. Сопуев, С.Ш. Тойматов // Хирургия Кыргызстана. 2002. № 1. С. 4–18.