

Библиографический список

1. *Брумштейн, Ю. М.* Некоторые задачи планирования медицинского обслуживания населения на дому и возможные подходы к их решениям [Текст] / Ю. М. Брумштейн, Е. В. Смирнова, Н. И. Гуськова // Теоретические и прикладные вопросы современных информационных технологий : мат-лы IX Всерос. науч.-техн. конф. – Улан-Удэ : Изд-во ВСГТУ, 2008. – С. 67–71.
2. *Брумштейн, Ю. М.* Системный анализ возможных подходов к оценке качества медицинской помощи населению в городских поликлиниках общего профиля по месту жительства [Текст] / Ю. М. Брумштейн, Н. И. Гуськова, Е. И. Минакова // Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. – 2008. – № 10. – С. 3–7.
3. *Усанова, Л. Д.* Исследование эффективности применения устройств защиты биообъекта от электромагнитного излучения сотового телефона [Текст] / Л. Д. Усанова, А. Д. Усанова // Методы компьютерной диагностики в биологии и медицине – 2009 : мат-лы ежегодн. Всерос. науч. школы-семинара / под ред. проф. Д. А. Усанова. – Саратов : Изд-во Сарат. ун-та, 2009. – С. 173–174.

УДК 614.255.15

**СТАНДАРТИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ:
ДОСТОИНСТВА И НЕДОСТАТКИ****А.А. Рахманина, Ю.В. Козулёва, Л.М. Савченко**

Рассматривается проблема управления качеством в медицинских учреждениях: наиболее актуальные проблемы стандартизации медицинской помощи, цели и виды стандартов в области медицины, достоинства и недостатки стандартизации медицинской помощи.

Ключевые слова: стандартизация, управление качеством, медицина, стандартизация медицинской помощи, управление качеством в медицине.

Key words: standardization, quality management, medicine, medical aid standardization, quality management in medicine.

Официальная история стандартизации в СССР началась в 1925 г., когда был создан Комитет стандартизации при Совете Труда и Обороне. Движение же за стандартизацию в области медицины целиком родилось в США в начале 70-х гг. XX в., когда взлет стоимости медицинских услуг был наивысшим. Изначально организующую и координирующую роль в разработке медицинских стандартов в США играли профессиональные медицинские объединения. Особую активность проявляли профессиональные организации хирургов, анестезиологов, а также других узких специалистов, чья помощь обычно конкретна и легко учитывается.

В настоящее время не только в США, но и в большинстве стран созданы национальные институты по стандартизации, которые тесно сотрудничают с соответствующими профессиональными объединениями медиков и медицинскими учебными заведениями.

В Астраханской области в последнее время большое внимание уделяется системе менеджмента качества (СМК) в медицинских учреждениях. Так, например, были рассмотрены требования к СМК медицинского учреждения и разработана система менеджмента качества Астраханского областного противотуберкулезного диспансера [2]. При этом в основном работы по созданию СМК были направлены на автоматизацию процессов оказания медицинской помощи [3]. Несмотря на большой объем выполненных работ, нельзя утверждать, что

УПРАВЛЕНИЕ В ТЕХНИЧЕСКИХ СИСТЕМАХ

требования к системе менеджмента качества в медицинских учреждениях Астраханской области сформированы окончательно.

Последние десятилетия к разработке стандартов, касающихся безопасности пациентов и медицинских работников, охраны окружающей среды, организации служб медицины катастроф, активный интерес проявляют правительственные организации. Этим стандартам придается статус законов, за их соблюдением следят органы государственного надзора.

Целями стандартизации являются:

- уменьшение дублирования работы медицинских служб;
- сокращение продолжительности стационарного лечения;
- повышение безопасности больных;
- усиление защиты медицинских работников от несправедливых обвинений;
- обеспечение механизма для оценки необходимых ресурсов.

В практической деятельности учреждений здравоохранения многих стран разрабатывались и широко применялись различные системы стандартизации и качества. Причем в основном это касалось экспертных систем (систем проверок), которые внедрялись ранее, внедряются и будут внедряться в великом множестве вариантов анализа качества медицинской помощи (КМП). Часть из них, не пройдя проверки временем и практикой, сузила свои масштабы, другая часть применяется достаточно широко и эффективно. В целом их можно свести к ограниченному количеству подходов:

- анализ отклонения от установленной «нормы»;
- многофакторный анализ деятельности лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) или отдельного врача;
- анализ структуры ЛПУ или системы здравоохранения;
- анализ технологий ЛПУ или системы здравоохранения;
- анализ результатов деятельности ЛПУ или системы здравоохранения;
- анализ стоимости медицинских услуг;
- анализ опроса населения, врачей, медицинского персонала и др.;
- анализ деятельности ЛПУ на основании скрининговых программ соответствия заданным критериям качества;
- анализ деятельности ЛПУ по программе, составленной из комбинации перечисленных выше методов.

В конечном итоге те или иные подходы к анализу качества медицинской помощи предусматривают наличие определенных критериев, эталонов, структуры, процесса и результатов деятельности медицинского учреждения, т.е. наличие стандартов.

По обязательности выполнения требований различают рекомендательные стандарты и законодательные стандарты. По уровню в общей иерархии и области применения различают: локальные, региональные, национальные, международные стандарты. Виды медицинских стандартов, представленные в таблице, позволяют выделить закономерности и тенденции развития стандартизации в сфере производства и потребления медицинских услуг.

Стандарты на ресурсы здравоохранения содержат требования к квалификации специалистов-медиков, к недвижимости и оборудованию медицинских учреждений, к используемым медикаментам и материалам, а также требования к их изготовлению, хранению, подготовке, использованию и т.п. Примерами таких стандартов являются квалификационные требования к специалистам, программам их обучения и аттестации, требования к медицинским зданиям (сооружениям) и стандарты на их проектирование, требования к производству и испытанию лекарственных средств. Стандарты на ресурсы здравоохранения разработаны достаточно хорошо и часто имеют силу закона. Многие из них имеют национальный и даже международный статус.

Таблица

Виды стандартов	Область применения стандартов			
	Первичная медико-социальная помощь	Специализированная помощь	Больничная помощь	Долговременная помощь
1. Стандарты на ресурсы здравоохранения	+	+	+	–
2. Стандарты организации медицинских служб и учреждений	+	+	+	+
3. Технологические стандарты	–	+	+	–
4. Стандарты программ медицинской помощи	– +	+	– +	–
5. Медико-экономические стандарты	–	–	+	–
6. Комплексные стандарты	–	–	–	–

Организационные стандарты содержат требования к системам организации и эффективного и безопасного использования ресурсов здравоохранения. Они касаются систем управления, организации лечебного процесса, информационного обеспечения, программ контроля качества и обеспечения безопасности медицинских учреждений

Технологические стандарты регламентируют процесс оказания медицинской помощи и включают сбор анамнеза, физикальное исследование больного, ряд диагностических и лечебных процедур, услуги по уходу и реабилитации и т.п.

Комплексные стандарты – это набор структурно-организационных, технологических стандартов и стандартов конкретных программ, регламентирующий деятельность определенной медицинской специальности или службы. Комплексная стандартизация используется только в узких специальностях [6].

Как любая система, система стандартизации имеет как достоинства, так и недостатки.

К достоинствам следует отнести использование стандартов диагностики и лечения, возмещение расходов в расчете на одного пациента, что в определенной мере стимулирует более экономичное и рациональное использование ресурсов. Оценка деятельности лечебно-профилактических учреждений по модели конечных результатов, возможность оценки качества деятельности, как отдельного работника, так и коллектива в целом, создание перспективы для оптимизации управления медицинскими и организационными технологиями в стационарах, оперативное выявление отклонений в сроках лечения, эффективности финансовой политики лечебно-профилактических учреждений – все это перспективные направления.

К недостаткам системы стандартизации в медицине следует отнести стимулирование в некоторых случаях преждевременной выписки пациентов, отбор на госпитализацию больных с неосложненным течением заболевания в сочетании с отсутствием сопутствующей патологии, госпитализацию пациентов амбулаторного профиля, недостаточный учет зависимости финансовой компенсации от тяжести клинического течения заболевания и возможности появления осложнений.

К сожалению, в течение последних десятилетий в России система ухода за больными в силу низкой профессиональной подготовки медицинских сестер, снижения их числа по отношению к числу врачей, привлечение медицинских сестер к уборке помещений и т.п. прак-

УПРАВЛЕНИЕ В ТЕХНИЧЕСКИХ СИСТЕМАХ

тически отсутствует. Это оказывает существенное влияние на уровень качества, в первую очередь, в лечебно-профилактических учреждениях стационарного профиля.

Исходя из декларации «Принципов защиты прав пациентов в Европе» [5] пациенты имеют право на получение качественной медицинской помощи, которая характеризуется стандартами высокого технического уровня и человеческими взаимоотношениями между пациентом и производителями медицинской помощи.

В условиях реформирования здравоохранения России, формирования и интенсивного развития негосударственного сектора, внедрения рыночных механизмов и т.п. органы управления здравоохранением должны иметь возможности проведения постоянной оценки уровня и качества работы ЛПУ. В ходе повседневной работы администрация ЛПУ должна принимать во внимание изменения внешнего окружения системы, изменения правовых и экономических механизмов хозяйствования, что должно побуждать ее вносить в деятельность ЛПУ определенные изменения.

Для координации изменений и эффективного управления как органы управления здравоохранением, так и администрации ЛПУ должны иметь достаточный объем стандартизированной информации и не считать ее сбор и анализ второстепенной проблемой [4].

Сегодня существует острая необходимость разработки и внедрения технических систем наблюдения за оказанием медицинских услуг, которые формируются на основе стандартизации. Разработка стандартных режимов лечения пациентов должно впитать в себя традиционные для отечественной медицины подходы к оказанию медицинской помощи. «Индивидуальность» такого лечения должна предусматривать возможные варианты, которые следует максимально обеспечить многофакторными стандартными формами, с помощью которых, как при «распознавании образов», врач должен выбрать свой, но в рамках стандартов, «образ» пациента.

На данный момент нет адекватного соответствия нормативной (стандартизированной) и фактической стоимости оказанных медицинских услуг, нет адекватного их измерения. А поскольку эти измерения пока субъективны, то создаются условия для возникновения ситуаций вознаграждения врачей за некачественные услуги или отсутствия мер воздействия на ЛПУ, особенно негосударственного сектора, за низкое качество оказываемых медицинских услуг [1].

Наличие сертификата у врача, к сожалению, не гарантирует стандартного (приемлемого) уровня качества медицинской помощи потребителям. Необходима разработка системы мер воздействия на производителей услуг низкого качества в рамках государственного регулирования рынка.

Стандарт является выражением критерия оценки качества медицинской помощи. Он выражает ту цель, которая необходима, возможна и выдвинута для достижения поставленной цели; он может изменяться в зависимости от обстоятельств.

Стандарты могут устанавливаться в системе здравоохранения государства (например, стандарт профилактики, диагностики и лечения гипертонической болезни). В отдельном медицинском учреждении может быть также установлен тот или иной стандарт (например, стандарт моделирования и изготовления керамических реставраций, стандарт изготовления металлокерамических конструкций, требование к снижению времени ожидания пациентов на 10 %, жалоб пациентов на 3 % и т.п.). При этом учитываются индивидуальные обстоятельства рассматриваемого экспертизой ЛПУ, хотя и не может исключаться определенная доля субъективности.

В то же время стандарты могут устанавливаться и извне, например, согласно специальной литературе, оценкам профессиональных общественных организаций врачей, задачам отдельных служб ЛПУ и т.п. Стандарты имеют преимущество в том, что они уже прошли испытания, но не всегда достаточно приспособлены к индивидуальным условиям. Внешние

стандарты часто отсутствуют в практике, но при их наличии должны приниматься во внимание специфические условия ЛПУ или его подразделения.

С позиций стандартизации нецелесообразно рассматривать вопросы удовлетворения индивидуальных запросов каждого потребителя медицинских услуг. Регламентация технологий с этих позиций сегодня просто невозможна. Стандарты, которые бы учитывали все индивидуальные запросы, следует отнести к категории «идеальных стандартов».

В российском здравоохранении последних лет не существует единства качества и стандарта медицинской услуги. С одной стороны, ситуация по стандартизации в отрасли чрезмерно усложнена большим количеством часто противоречащей друг другу распорядительной документации, с другой стороны, сами по себе работы по стандартизации неоправданно затянуты во времени.

Из изложенного выше можно сделать вывод, что в современном здравоохранении России отсутствует центр, где формируется идеология развития стандартизации в отрасли на среднесрочную, а самое главное, на долгосрочную перспективу.

Библиографический список

1. *Комаров, Н. В.* Оценка качества медицинской помощи на основе социологических опросов врачей и пациентов [Текст] / Н. В. Комаров, Р. Н. Комаров // Главврач. – 2005. – № 12. – С. 42–45.
2. *Кутузов, Д. В.* Управление качеством в медицинских учреждениях [Текст] / Д. В. Кутузов, Г. А. Михеева // Прикаспийский журнал: управление и высокие технологии. – 2008. – № 4 (4). – С. 81–85.
3. *Михеева, Г. А.* Автоматизация процессов оказания медицинской помощи в Астраханском областном противотуберкулезном диспансере как инструмент качества [Текст] / Г. А. Михеева, Д. В. Кутузов // Прикаспийский журнал: управление и высокие технологии. – 2009. – № 2 (6). – С. 99–104.
4. *Проблемы* качества медицинской помощи [Текст] / под ред. Н. И. Вишнева, Н. П. Куликовой. – СПб., 1996.
5. *Управление* качеством медицинской помощи [Электронный ресурс]. – М. : NewDiaMed, 2009. – Режим доступа: <http://www.zdrav.net>, свободный. – Заглавие с экрана. – Яз. рус.
6. *Шипунов, Д. А.* Стандартизация качества медицинской помощи как целевой метод управления в здравоохранении [Текст] / Д. А. Шипунов, В. Ф. Задорин, В. И. Савинов, Е. Г. Попова // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2004. – № 9. – С. 59–63.