

УДК 617 – 089:614.12 (083.74) (575.2) (04)

НОВЫЕ МЕТОДЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЕ

А.Ш. Абдиев – ст. преподаватель,
Б.А. Абилов – зам. председателя МАК при МЗ КР,
Ж.О. Белеков – докт. мед. наук, проф., ОшГУ,
А.А. Муратов – канд. мед. наук, доц. ОшГУ

Nowadays new methods of standardization in healthcare institutions are taking their special place. That is why modern standardization in healthcare institutions is going to be perspective in creating system for medical care continuous quality improvement.

Проблема развития и внедрения стандартизации в лечебно-диагностический процесс занимает особое место в мировой системе здравоохранения. С внедрением стандартов связываются перспективы создания системы непрерывного улучшения качества медицинской помощи. Как известно, стандартом является нормативный правовой документ, регламентирующий набор норм, правил, требований к объекту стандартизации и утвержденный соответствующим компетентным органом [1, 2]. Медицинский стандарт специалисты разных стран определяют как упорядоченную последовательность отражающих достижения науки и практики диагностических и лечебных мероприятий в сочетании с оценкой эффективности медицинской помощи на основе объективных критериев и сроков наблюдений [3–5]. Впервые попытка формализации структуры, процессов и результатов медицинской помощи была предпринята в США, где эта проблема исследуется с начала XX века. Для оценки деятельности медицинских учреждений был создан и внедрен ряд стандартов: стандарты аккредитации, профессиональные стандарты для медицинских работников и др. В рамках программы аккредитации американских больниц в 1952 г. была организована Объединенная комиссия по аккредитации организаций

здравоохранения (ЖСАНО), в состав которой вошли медицинские ассоциации, коллегия врачей, Канадская медицинская ассоциация и др. Основной задачей, поставленной перед этой комиссией, вначале была разработка стандартов медицинского обслуживания, а через некоторое время и контроль за их соблюдением [6]. Процесс стандартизации в медицинской области получил также свое развитие в Европейских странах, где он применяется как инструмент анализа качества и себестоимости медицинского обслуживания.

В настоящее время стандартизация является важнейшим компонентом единого процесса управления здравоохранением во многих странах мира [7, 8]. По определению О.П. Щепина и соавторов [9], стандарт – это ожидаемое качество и в системе медицинской помощи он способствует определению уровня качества. Следует отметить, что стандарты могут быть разных видов в зависимости от объекта стандартизации, целей и задач, которые обуславливают их создание.

В 1976 г. А. Donabedian [10] предложил к использованию системную классификацию методов анализа качества в здравоохранении, по которым предлагалось оценивать структуру, процесс и результаты медицинского об-

служивания. 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 70-х годов была разработана классификация, которая основывается на многомерном анализе клинико-статической информации. Единицей измерения при этом являются клинико-статистические группы (КГС), которые формируются с учетом основного диагноза, осложнений, сопутствующих заболеваний и т.д. [8]. Использование КГС облегчает осуществление контроля качества, делает возможным функционально-стоимостной анализ медицинской помощи, создает условия для оценки взаимосвязи между состоянием здоровья и качеством медицинского обслуживания. Медицинские стандарты, составляющие единый технологический процесс, предусматривают использование наиболее эффективных по результативности и экономичности методов диагностики и лечения с учетом всех существующих методик, индивидуальных особенностей пациента, течения болезни, а также материальных, кадровых и других возможностей медицинских учреждений. Качество медицинской помощи должно отражать степень соответствия комплексу мероприятий, который осуществляется в соответствии с профессиональными стандартами или правилами выполнения тех или иных технологий, направленных на достижение конкретных конечных результатов. 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 является ранняя диагностика и ее достоверность, своевременность и адекватность медицинской помощи, квалификация 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 организаторы здравоохранения рассматривают стандарты преимущественно как инструмент анализа организации медицинской помощи и оценки ее качества (стандарты структуры и стандарты результата), то клиницистов стандарты интересуют, прежде всего, как регламент оказания адекватной медицинской помощи и преемственности ее на различных уровнях – стандарты процесса и, разумеется, стандарты результата также. 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 Ошской областной объединенной клинической больницы (ОООКБ) при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики, в стране ежегодно производится около 650 только экстренных хирургических операций. В 2001 г. в республике было проведено 82 744 различных оперативных вмешательств [11]. Уровень оперативных вмешательств составляет, например, по Российской Федерации – 490,6 случаев на 10 тыс. населения. При этом следует учесть, что, по данным ВОЗ, хирургическая патоло-

гия, 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 4–4,2%, т.е. около 200 тыс. человек в течение года. Фактически в течение прошедших 15–20 лет произошло увеличение ее частоты в 2 раза. Хирургические отделения ситуационно ориентированы на преимущественное оказание высокоспециализированной медицинской помощи. Так, в 2003 г. больные с острой патологией составили 69,8% от числа всех больных, госпитализированных в хирургические стационары сибирского региона Российской Федерации (52 278 из 74 896). Прогрессирующе нарастает количество и соответственно удельный вес послеоперационных осложнений. Если в 2001 г. больные с послеоперационными осложнениями составляли, по данным ООКБ 9%, то в 2003 г. – уже 17% на фоне неуклонного роста количества госпитализированных. 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 современными достижениями медицинской науки в области диагностики и лечения хирургической патологии. Стремление к оптимизации предпринимаемых 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 разра-

ботке стандартов медицинских технологий в диагностике и лечении острой хирургической патологии учитывали как специфику хирургической службы, представляющей собой один из видов специализированной медицинской помощи, характеризующийся преимущественно стационарным профилем и наличием хирургических стационаров различных уровней, так и реальную оценку ситуации, определяющей 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 мероприятий 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. Разумеется, стандарты необходимо периодически пересматривать и совершенствовать. При соблюдении этого условия они будут соответствовать современному уровню развития медицинской науки, и способствовать повсе-

стному повышению эффективности и качества лечения, рациональному использованию ресурсов, внедрению передовых медицинских технологий.

Литература

1. Михалевич П.Н., Галицкий О.И., Карницкий Г.Г. Разработка и использование стандартов качества работы учреждений здравоохранения // Здравоохранение Беларуси. – Минск, 1992. – №3. – С. 49–53.
2. Преображенская В.С. Стандарты медицинской помощи в современном здравоохранении // Проблемы социальной гигиены и история медицины. – М., 1997. – №2. – С. 18–22.
3. Быкова Ж.Е., Федорова З.Г. Методические подходы к оценке медико-экономических стандартов и возможности их использования в практике здравоохранения // Проблемы социальной гигиены и история медицины. – М., 1996. – №1. – С. 47–49.
4. Ластовецкий А.Г. Классификатор медицинских услуг – перечень медицинских стандартов // Экономика здравоохранения. – М., 1997. – №12. – С. 22–27.
5. Мильникова И.С. Развитие системы гарантий качества в здравоохранении (исторический очерк) // Качество медицинской помощи. – М., 1996. – №1. – С. 34–40.
6. Brooks D.S. The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations // N. Goldfield, D.B. Nash. Providing quality care: Future challenges. – Michigan: Health Administration Press, 1995. – P. 145–160.
7. Heidemann E.Y. The contemporary use of standards in health care // WHO. – 1995. – 67 p.
8. Sarfield B., Powe N.R., Wiener J.R. et al. Costs is quality in different types of primary care settings // JAMA. – 1994. – V. 272. – №24. – P. 1903–1908.
9. Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи / Щепин О.П., Стародубов В.И., Линденбрaten А.Л., Галанова Г.И. – М.: Медицина, 2002. – 174 с.
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.