
О ПРОБЛЕМЕ СТАНДАРТИЗАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Н.Г. Петрова, А.Н. Малинин

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
Санкт-Петербургский Государственный
Медицинский Университет им. акад. И.П. Павлова
ул. Льва Толстого, 6/8, Санкт-Петербург, Россия, 197022

Э.В. Комличенко, Т.М. Зубарева,
А.В. Иванов, Т.С. Шевелева

Городская «Александровская больница»
пр. Солидарности, 4, Санкт-Петербург, Россия, 193312

Статья посвящена проблеме обеспечения качества медицинской помощи населению, решение которой, по мнению авторов, невозможно без широкого внедрения в здравоохранение системы стандартов. Стандартизация должна распространяться на все составляющие качества: структурное, процессуальное и результирующее. На примере гинекологической службы авторы доказывают несовершенство существующих технологических стандартов. Остальные стандарты либо устарели, либо не разработаны до настоящего времени. Разработка стандартов — приоритетная задача, направленная на решение задачи повышения эффективности здравоохранения.

Ключевые слова: качество медицинской помощи, стандарты, структурное, процессуальное, результирующее качество.

Несмотря на развитие в отечественном здравоохранении в последнее десятилетие принципиально новой системы контроля качества медицинской помощи, оно оставляет желать лучшего, что подтверждается как результатами экспертного контроля, так и данными изучения мнения пациентов [4, 5].

Одним из важных условий обеспечения качества является повсеместное внедрение стандартов, которые должны гарантировать адекватную структуру (т.е. условия оказания медицинской помощи), технологию ее оказания и включать «набор» результирующих критериев, позволяющих оценить эффективность этой помощи [1, 3]. В связи с этим следует констатировать, что структурно-организационные стандарты, регламентирующие порядок оказания медицинской помощи в различных типах медицинских учреждений, в большинстве своем были разработаны в 60—80-е годы прошлого столетия и, если и пересматривались в какой-либо части, принципиально не изменились до настоящего времени (при том что медицинские технологии и, соответственно, медицинское оборудование, многие требования, касающиеся его установки, в том числе с точки зрения санитарно-гигиенических нормативов, претерпели кардинальные изменения). Стандарты оснащенности лечебно-профилактических учреждений, нормативы нагрузки (не говоря уже о финансовой составляющей) не только не нацелены в будущее (т.е. на перспективу, стратегии дальнейшего развития), но во многих случаях не отражают даже реалии настоящего времени. Что же касается деятельности частнопрактикующих структур, то для них вообще отсутствуют какие-либо стандарты (кроме уже упоминавшихся санитарно-гигиенических норм и правил). И медицинские

организации с одинаковым названием («центр», «клиника» и т.д.) могут иметь совершенно разную структуру и направления деятельности.

Что касается технологических стандартов, которые в системах здравоохранения западно-европейских стран и США являются обязательными практически последние 50 лет, то в России они стали разрабатываться лишь с введением системы медицинского страхования (т.е. в 90-е годы). Несмотря на появление отраслевых стандартов объемов медицинской помощи, они, по существу, не получили реального практического применения, так как, во-первых, являлись не обязательными для исполнения, во-вторых, в ряде случаев носили достаточно «расплывчатый» характер, в-третьих, не включали финансовую составляющую.

Для иллюстрации второго положения приведем, например, стандарт обследования и лечения больных с лейомиомой матки (из отраслевого стандарта объемов акушерско-гинекологической помощи, утвержденных в 1998 г.). В стандарте приведены два возможных уровня — минимальный и максимальный (при наличии осложнений и сопутствующей патологии — дополнительные стандарты).

Минимальный уровень диагностики наряду со сбором анамнеза, общим физикальным обследованием, исследованием при помощи зеркал, бимануальным исследованием и цитологическим исследованием мазков включает ультразвуковое исследование органов малого таза. Максимальный уровень включает гистеросальпингографию, гистероскопию, раздельное диагностическое выскабливание слизистой матки и гистологическое исследование соскобов.

Консервативное (минимальный уровень) лечение предусматривает лечение гестагенами либо антагонистами гонадотропин-рилизинг гормонами, либо антифифонами. Максимальный уровень (хирургическое лечение) может быть: брюшно-стеночным, влагалищным или лапароскопическим доступом; с использованием консервативной миомэктомии, надвлагалищной ампутации или экстирпации матки.

В качестве анестезиологических пособий могут использоваться комбинированный эндо(назо-)трахеальный наркоз с искусственной вентиляцией легких, масочный наркоз, внутривенный наркоз; спинномозговая, эпидуральная, перидуральная анестезия, местная инфильтрационная анестезия (без участия анестезиолога), проводниковая анестезия (без участия анестезиолога).

Указанный стандарт по сути таковым не является, так как предусматривает значительное разнообразие методов консервативного и оперативного лечения (и анестезиологических пособий), стоимость которых также дифференцирована, и непонятно, чем же в выборе тактики лечения данной патологии должен руководствоваться врач и, соответственно, эксперт при оценке качества лечения.

Хотя в соответствии с новым Законом «О техническом регулировании» стандартизация в здравоохранении стала обязательной, содержание стандартов, которые, как было показано выше, не являются истинными стандартами, не позволяет и не предусматривает однозначность решения, поэтому в спорных случаях использование стандарта вряд ли может быть полезным.

Кроме того, опыт западных стран доказывает, что применение стандартов может быть реальным лишь при единстве «медицинской» и «экономической» составляющих.

Исследования показывают, что выполнение стандартов, предусматривающих, например, оказание оптимальных объемов стационарной помощи (на региональном уровне), потребует увеличения текущего финансирования более чем в 3 раза [3].

К этому следует добавить, что во многих регионах разобщена система технологических стандартов и финансирования медицинской помощи (причем последнее может включать совершенно разные системы оплаты — например, одну услугу, стоимость одного посещения или койкодня, пролеченного больного и т.д.).

В Санкт-Петербурге в настоящее время оплата стационарного лечения проводится по медико-экономическим стандартам, которые, казалось бы, ликвидируют указанное противоречие. Однако тариф за оперативное лечение доброкачественных опухолей матки классическим (лапаротомным) методом одинаков, хотя объем вмешательства может отличаться весьма существенно (от консервативной миомэктомии до экстирпации матки с придатками). К тому же разработанные тарифы не отражают реальной себестоимости оперативного вмешательства. Расчет, проведенный нами в соответствии с «Методическими рекомендациями по расчету себестоимости медицинских услуг в учреждениях здравоохранения» (утвержденный МЗ РФ 26.11.1992 г.), показал, что различия в тарифах и себестоимости по отдельным видам оперативных гинекологических вмешательств составляют от 1,8 до 5,6 раз.

Наконец, хотелось бы отметить, что практически не разработаны до настоящего времени «стандарты результата». Истинно научное управление подразумевает наличие конечной цели, которая должна быть квалитметрирована, т.е. иметь четкие количественные критерии, к которым хотя бы следует стремиться. Практически ни в одном ЛПУ (подразделении) таковых критериев (и, следовательно, промежуточного контроля степени их достижения с вытекающими управленческими решениями) не существует.

Таким образом, для создания действенной системы управления качеством в здравоохранении необходимым условием является внедрение системы стандартизации по всем составляющим этого качества. Решение этой проблемы должно стать первостепенной задачей ученых и руководителей (организаторов здравоохранения).

ЛИТЕРАТУРА

- [1] *Галанова Г.И.* Система выбора стандартов медицинского обслуживания как нормативная база измерения качества // Обеспечение и контроль медицинской и социальной помощи населению: Науч. труды Российской науч.-практ. конф. Ч. 2. — М., 2005. — С. 19—25.
- [2] *Кича Д.И., Бреусов А.В., Белявский А.Р. и др.* Стандартизация медицинской помощи — основа повышения ее эффективности и качества // Проблемы городского здравоохранения. Вып. 11: Сб. науч. тр. / Под ред. проф. Н.И. Вишнякова. — СПб., 2006. — С. 166—160.
- [3] *Лехан В.М., Зюков О.П.* Современная модель управления качеством медицинской помощи в Украине (структурно-процессуальный подход) // Здравоохранение Украины. — 2008. — № 1(29). — С. 28—33.

- [4] *Максимова Т.М., Лушкина Н.П.* Этическая и деонтологическая проблемы российского здравоохранения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2009. — № 3. — С. 3—5.
- [5] *Щепина Н.Б.* Анализ результатов вневедомственного контроля качества амбулаторно-поликлинической помощи // Проблемы городского здравоохранения. Вып. 14: Сб. науч. тр. / Под ред. Н.И. Вишнякова, Б.В. Эпельмана. — СПб., 2009. — С. 285—287.

PROBLEMS OF STANDARTIZATION IN PUBLIC HEALTH SERVICE

N.G. Petrova, A.N. Malinin

Department of public health
Saint-Petersburg Medical University
Lva Tolstogo str., 6/8, Saint-Petersburg, Russia, 197022

**E.V. Komlichenko, T.M. Zubareva,
A.V. Ivanov, T.S. Sheveleva**

Gynaecological department
Alexandrovsky City hospital
Solidarnosti prospect, 4, Saint-Petersburg, Russia, 193312

Article is devoted to the problems of providing qualified medical health care to population. By the author's opinion, the solving of this problem is impossible without wide-spread introducing of system of standards in public health service. Standardizing must be spread in all quality components: structural, technological and resulting. Authors prove imperfections of existing technological standards on the example of gynaecological service. Other standards are too old, or are not still worked out until nowadays. Working out of standards — is a priority aim, which can increase public health services efficiency.

Key words: medical care quality, standards, structural, technological resulting quality.