HEALTH CARE STANDARDIZATION PROBLEMS

ПРОБЛЕМЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Научно-практический рецензируемый журнал

УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ

Журнал включен в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертации на соискание ученой степени доктора и кандидата наук (редакция февраль 2011 года)

Адрес редакции:

115446, Москва,
Коломенский пр., 4, МТП Ньюдиамед, а/я 2

Кафедра гематологии и гериатрии

Тел./факс (499) 782-31-09

E-mail: mtpndm@dol.ru

Internet: www.zdrav.net

Директор издательства:
Буланова В.А.
Директор по маркетингу:
Рихард Г.С.

Компьютерная верстка:
ООО «АДВАНСЕД СОЛЮШНЗ»

Индекс журнала 79284

по каталогу агентства РОСПЕЧАТЬ

«ГАЗЕТЫ И ЖУРНАЛЫ»

5—6 2011
(Май—Июнь)

При перепечатке ссылка на журнал обязательна

© Издательство «Ньюдиамед»

Формат 60×90/8

Печ. листов 7. Заказ

Отпечатано в ООО «Возрождение»

Главный редактор А. И. Вялков

Редакционная коллегия:

В.А. Батурин
С.Г. Боярский
Н.Д. Букреева
П.А. Воробьев
(зам. главного редактора)
Н.Г. Гончаров
К.Д. Данишевский
Е.В. Елисеева
Н.Н. Камынина
В.И. Кисина
Н.Н. Лебедева
Д.В. Лукьянцева
(научный редактор)
В.В. Мадьянова
А.Ю. Малый
В.В. Меньшиков
В.М. Новолодский
Л.Д. Попович
В.Ю. Семенов
С.М. Степнов
А.П. Столбов
С.Ш. Сулейманов
А.С. Юрьев

Редакционный совет:

Б.А. Айнабекова (Казахстан)
Ю.Б. Белоусов (Москва)
А.В. Быков (Москва)
В.В. Власов (Москва)
А.И. Воробьев (Москва)
С.В. Грачев (Москва)
А.В. Катлинский (Москва)
А.А. Кубанова (Москва)
В.К. Леонтьев (Москва)
В.А. Насонова (Москва)
В.С. Преображенская (Москва)
М.Д. Смит (США)
В.И. Стародубов (Москва)
А.Л. Хохлов (Ярославль)
Г.Н. Царик (Кемерово)

Издательство «НЬЮДИАМЕД», Москва, 2011

СОДЕРЖАНИЕ — CONTENTS

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ

ИСТОРИЯ СОЗДАНИЯ КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ МКБ-10 (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Аполихин О.И., Дзеранов Н.К., Сивков А.В., Какорина Е.П., Кешишев Н.Г. 3

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Посненкова О.М., Киселев А.Р., Гриднев В.И., Довгалевский П.Я., Шварц В.А. 10

ОПЫТ ПРАКТИЧЕСКОЙ СТАНДАРТИЗАЦИИ

ЛОГИСТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ФОРМИРОВАНИЮ МЕЖВЕДОМСТВЕННОЙ УНИФИЦИРОВАННОЙ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО СНАБЖЕНИЯ СИЛОВЫХ СТРУКТУР ГОСУДАРСТВА

Дергоусова Т.Г. 14

КАДРОВЫЙ СОСТАВ И ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ ВРАЧАМИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СЛОЖНЫХ УСЛОВИЯХ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ОБСТАНОВКИ В РЕГИОНЕ

Эртуханов М-Ш.С., Ревской А.К. 18

БЮЛЛЕТЕНЬ КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА

ДИНАМИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, СВЯЗАННОГО СО ЗДОРОВЬЕМ, МОРЯКОВ САХАЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Вагин В.А. 21

АНАЛИЗ ПОТРЕБЛЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Поздняков О.Ю., Батурин В.А. 25

GENERAL STANDARDIZATION PROBLEMS

THE ORIGIN OF CLINICAL-STATISTICAL CLASSIFICATION OF UROLITHIASIS BY ICD-10 (LITERATURE REVIEW)

Apolikhin O.I., Dzeranov N.K., Sivkov A.V., Kakorina Ye.P., Keshishev N.G. 3

MODERN VIEW ON THE PROBLEM OF HEALTHCARE QUALITY IMPROVEMENT

Posnenkova O.M., Kiselev A.R., Gridnev V.I., Dovgalevsky P.Ya, Shwartz V.A. 10

PRACTICAL STANDARDIZATION

LOGISTICS APPROACH FOR FORMING THE INTER- DEPARTMENTAL UNIFICATED SYSTEM OF MEDICAL SUPPLY OF STATE FORCE STRUCTURES

Dergousova T.G. 14

STRUCTURE OF PERSONNEL AND PROVISION OF CHECHEN REPUBLIC CITIZENS WITH EMERGENCY CARE SPECIALISTS IN COMPLICATED SOCIAL AND ECONOMICAL CONDITIONS IN THE REGION

Ertukhanov M.-Sh., Revskoy A.K. 18

CLINICO-ECONOMICAL ANALYSIS BULLETIN

TRACK RECORD OF HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN SAILORS OF SAKHALIN REGION

Vagin V.A. 21

ANALYSIS OF DRUG CONSUMPTION IN PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA

Pozdnyakova O.U., Baturin V.A. 25

СРОЧНО В НОМЕР

ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В КРУПНОМ ГОРОДЕ

Никилина О.Ю. 29

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭКСПЕРТНОЙ СИСТЕМЫ ДЛЯ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ОТСЛОЙКОЙ СЕТЧАТКИ

Киселева О.А., Ткачева Т.В. 32

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

Сидоров А.С., Шестаков Г.С. 36

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ГОРОДЕ СТАВРОПОЛЕ

Шибков Н.А., Никилина О.Ю. 39

КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ СТАТЕЙ НА АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ 41

URGENT PUBLICATION

PROBLEMS OF ORGANIZATION OF THE EMERGENCY IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPRTENSION IN BIG CITY

Nikilina O.Yu. 29

EXPERT SYSTEM IN MANAGEMENT OF PATIENTS WITH TRAUMATIC RETINAL DETACHMENT

Kiselyova O.A., Tkachyova T.V. 32

ECONOMICAL EFFICACY OF MODERN INFORMATION SYSTEMS IN HEALTHCARE PROVISION TO ELDERLY AND SENILE PATIENTS IN SAKHA REPUBLIC (YAKUTIA)

Sidorov A.S., Shestakov G.S. 36

MEDICAL-SOCIAL CHARACTERISTICS OF ARTERIAL HYPERTENSION PREVALENCE IN STAVROPOL

Shibkov N.A., Nikilina O.Yu. 39

SUMMARY 41

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

О.М. Посненкова[1], А.Р. Киселев, В.И. Гриднев, П.Я. Довгалевский, В.А. Шварц

Саратовский научно-исследовательский институт кардиологии Минздравсоцразвития России

Освещены основные методологические подходы к управлению качеством медицинской помощи, реализованные в развитых странах мира. Определены характерные черты современной модели менеджмента качества. Показаны преимущества управленческих решений, принимаемых в рамках государственной стратегии совершенствования качества.

Ключевые слова: качество медицинской помощи, система управления качеством, клинический аудит, регистр, смертность

В настоящее время развитие доказательной медицины постепенно, но неуклонно приводит к тому, что личный опыт конкретного врача перестает быть ведущим в лечении больного. Появляются все новые и новые данные крупных исследований о мероприятиях, доказавших свою эффективность в лечении того или иного заболевания. Эти доказательные данные аккумулируются в клинических рекомендациях, а рекомендации предлагаются в помощь практическому врачу. Качество медицинской помощи определяется полнотой выполнения рекомендованных мероприятий. Однако, именно эта задача — внедрение положений рекомендаций в клиническую практику, не перестает быть проблемой номер один в современном здравоохранении [1—4].

За рубежом, где уровень социального и экономического развития достаточно высок, еще несколько десятилетий назад данные доказательной медицины стали использоваться для сокращения затрат, связанных с неэффективными мероприятиями медицинской помощи. Ресурсы не тратятся на технологии, которые не дают конкретного результата в виде повышения доли больных, сохранивших жизнь и способность к труду. Данные об экономическом ущербе того или иного заболевания регулярно публикуются зарубежной службой здравоохранения [5, 6]. Таким образом, в развитых странах борьба за качество медицинской помощи означает выполнение рекомендованных лечебно-диагностических мероприятий у всех больных и достижение клинического результата лечения у каждого конкретного пациента. При этом качественная медицинская помощь означает, что в клинической практике в необходимом объеме, в нужное время, среди больных, кому они показаны, выполняются мероприятия, предусмотренные клиническими рекомендациями.

Проблема обеспечения больных качественной медицинской помощью в мире успешно решается путем разработки так называемых программ повышения качества, каждая из которых имеет конкретную цель и задачи. Программы содержат четкую структуру и последовательность мероприятий по улучшению качества медицинской помощи, а также конкретные сроки реализации этих мероприятий. Примером служит, например, программа повышения качества медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом, которая действует с 2000 г. [7]. Последний

[1] Посненкова Ольга Михайловна — канд. мед. наук, старший научный сотрудник; 410028, г. Саратов, ул. Чернышевского, д. 141; тел.: (8452) 20-18-99; e-mail: kolizhirina@hotbox.ru.

пересмотр был принят в 2008 г. [8]. В программе 2000 г. акцент был сделан на скорейшее выполнение тромболизиса всем больным с подъемом сегмента ST. Реализация программы на государственном уровне позволила достичь поставленной цели у большинства больных. В программе 2008 г. акцент сместился на обеспечение доступности и своевременности первичной ангиопластики. Для достижения этой цели с учетом последних доказательных данных были поставлены конкретные задачи и разработаны соответствующие организационные мероприятия.

1. Повсеместная доступность процедуры первичной ангиопластики.

2. Создание службы по выполнению чрескожных вмешательств, работающей в режиме 24 часа 7 дней в неделю (24/7).

3. Временные критерии: время от момента вызова скорой помощи до проведения ангиопластики — 120 минут, время от момента поступления в стационар до проведения ангиопластики — 90 минут.

4. При невозможности первичной ангиопластики предпочтение должно быть отдано догоспитальному, а не госпитальному тромболизису; он должен быть проведен в течение 30 минут после первого контакта больного с медицинской службой.

5. После тромболизиса показано последующее выполнение коронарографии.

6. Обновленная стратегия должна быть внедрена в течение 3 лет.

Реализация подобных задач невозможна без адекватной системы оценки достигнутых результатов. Поэтому ключевым моментом в управлении качеством является разработка и использование системы клинических индикаторов — критериев выполнения рекомендаций в клинической практике. В последние годы разработка индикаторов качества стала сопровождать разработку рекомендаций.

Так, например, в 2008 г. были опубликованы рекомендации по семейной гиперхолестеринемии [9] и критерии оценки их выполнения [10].

Разрабатывает индикаторы группа экспертов различного профиля, включающая врачей, организаторов здравоохранения, страховые компании и даже самих пациентов. Утвержденные индикаторы регулярно пересматриваются, корректируются с учетом новых доказательных данных.

Однако, совокупности доказательных оценок качества недостаточно для практического улучшения качества медицинской помощи. Клинические индикаторы не способствуют улучшению качества медицинской помощи без подготовленной технологии их использования. Такой технологией является клинический аудит. Этот способ управления качеством на протяжении многих лет подтвердил свою эффективность [11].

Клинический аудит может быть определен как систематическая оценка экспертами качества медицинской помощи, основанная на адекватном применении индикаторов качества медицинской помощи в целях его улучшения [12]. Другое определение клинического аудита, которое отражает его суть — это процесс оценки оказания медицинской помощи с целью выявления недостатков для их устранения [13].

Задачами аудита медицинской помощи являются:

- выявление недостатков медицинской помощи для разработки обоснованных решений по улучшению;
- контроль за внедрением улучшений;
- предупреждение ошибок медицинской помощи.

Аудит — циклический процесс. Цикл аудита медицинской помощи состоит из следующих мероприятий [11] (рисунок):

1. определение проблемы, которую предстоит решить;

2. выбор или разработка стандартов, с которыми будет сравниваться клиническая практика, критериев оценки (клинических индикаторов);

Схема цикла аудита

3. сравнение результатов со стандартами с помощью клинических индикаторов;

4. выяснение причин проблемы;

5. внедрение изменений;

6. оценка эффекта.

Для решения проблемы не всегда бывает достаточно одного цикла аудита, он должен повторяться до тех пор, пока проблема не будет решена.

Поскольку смысл клинического аудита состоит в оценке выполнения рекомендаций в клинической практике, один из немаловажных моментов — получение информации об этой клинической практике.

Мощнейшим источником информации о клинической практике являются регистры заболеваний, которые уже вошли в рутинную практику зарубежного здравоохранения [14]. Например, при гипертонии ведение регистра само по себе является показателем качества медицинской помощи (индикатор «BP 1») [15].

Ведение регистра — сложный процесс, включающий разработку перечня данных, которые подлежат регистрации, разработку совокупности критериев включения, исключения, описание смысловой нагрузки элементов регистра.

Обработка данных регистров производится централизованно группой экспертов, и обязательно итоговые результаты проверки доводятся до всех заинтересованных лиц, а также размещаются в обобщенном виде в свободном доступе.

Одна из крупнейших британских организаций, занимающаяся вопросами качества медицинской помощи — Национальный Институт здоровья и клинического мастерства (NICE, www.nice.org.uk). Эта организация регулярно публикует отчеты о качестве медицинской помощи больным с основными социально значимыми заболеваниями, готовит научно обоснованные стратегии по повышению качества медицинской помощи, которые затем реализуются при поддержке государства.

Таким образом, за рубежом создана целостная система управления качеством медицинской помощи, принятая на государственном уровне.

Главными отличительными чертами зарубежной системы управления качеством медицинской помощи являются:

- системность подхода;
- длительность и непрерывность реализации;
- государственная заинтересованность и поддержка;
- вовлечение широкого круга заинтересованных лиц;
- прозрачность;
- базирование на данных доказательной медицины;
- ориентированность на больного.

Эта система постоянно развивается, проводится поиск новых областей совершенствования и новых способов повышения качества. Главный критерий при выборе методик улучшения качества — их эффективность, то есть способность сохранять жизнь, трудоспособность людей и снижать экономические убытки от заболеваний.

Все эти меры в комплексе позволили добиться реальных результатов в улучшении качества медицинской помощи.

Бесспорным показателем успеха зарубежной модели управления качеством медицинской помощи является устойчивое снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, которое, по данным исследования Euro Heart Survey [16], прослеживается еще с 1980 г.

В России, где положительный опыт развитых стран по управлению качеством медицинской помощи в настоящее время не используется при разработке управленческих решений на государственном уровне, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний не снижается и значительно превышает европейские показатели [17].

По данным Euro Heart Survey [16], смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в России и странах СНГ продолжала расти вплоть до 2005 г. В 2007 г. сообщалось о некотором снижении смертности населения России: 14,6 на 1 тыс. населения по сравнению с 16 на 1 тыс. населения в 2006 г. [17]. Однако, со статистической точки зрения подобные колебания укладываются в рамки статистической погрешности, и на основании этих данных нельзя говорить о формировании тенденции к снижению смертности в России.

Динамика показателей смертности в Российской Федерации красноречиво свидетельствует о том, что подход к управлению качеством медицинской помощи, практикующийся в отечественном здравоохранении, с клинической точки зрения гораздо менее эффективен, чем система менеджмента качества, реализованная в разви-

тых странах мира. В условиях ограниченных ресурсов российского здравоохранения целесообразно адаптировать к существующим условиям клинической практики зарубежную модель управления качеством. Только принципиальное изменение подхода к управлению здравоохранением в России — управлению по клиническим результатам лечения с позиций доказательной медицины (рекомендаций), позволит изменить сложившуюся ситуацию в области качества медицинской помощи и сэкономить средства, связанные с неэффективными управленческими решениями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Seddon M.E., Marshall M.N., Campbell S.M. et al. Systematic review of studies of quality of clinical care in general practice in the UK, Australia and New Zealand // Qual. Health Care. 2001. V. 10. P. 152—158.
2. Cuspidi F., Michevl., Meani S. et al. Awareness of hypertension guidelines in primary care: results of a regionwide survey in Italy // Journal of Human Hypertension. 2003. V. 11. P. 541—547.
3. Cuspidi F., Michev I., Lonati L. et al. Compliance to hypertension guidelines in clinical practice: a multicentre pilot study in Italy // Journal of Human Hypertension. 2002. V. 16. P. 699—703.
4. Andrade S.E., Gurwitz J.H., Field T.S. et al. Hypertension management: The care gap between clinical guidelines and clinical practice // Am. J. Manag. Care. 2004. V. 10. P. 481—486.
5. Allender S., Scarborough P., Peto V. et al. European cardiovascular disease statistics // Department of Public Health, University of Oxford. 2008. 112 p. http://www.heartstats.org/uploads/documents%5Cproof30NOV2007.pdf
6. Scarborough P, Bhatnagar P, Wickramasinghe Ket al. Coronary heart disease statistics 2010 edition // British Heart Foundation: London. 2010. 156 p. http://www.heartstats.org/datapage.asp?id=9075
7. National Service Framework for Coronary Heart Disease. Chapter Three Heart attacks & other acute coronary syndromes // National Health Service (NHS). 2000. http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4057520.pdf
8. DH Vascular Programme Team. Treatment of heart attack national guidance. final report of the national infarct angioplasty project (NIAP) // Department of Health (DH). 2008. http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_089454.pdf
9. DeMott K., Nherera L., Shaw E.J. et al. Clinical Guidelines and Evidence Review for Familial hypercholesterolaemia: the identification and management of adults and children with familial hypercholesterolaemia // London: National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners. 2008. http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12048/41700/41700.pdf
10. Familial hypercholesterolaemia: audit support // NHS. 2008. http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12048/42543/42543.doc
11. Индейкин Е.Н. Клинический аудит: опыт Великобритании // Качество медицинской помощи. 2002. № 2. С. 45—53.
12. Dixon N. Medical Audit primer // Hampshire. 1991.
13. Crombie J., Davis H., Abracham S. et.al. Audit Handbook // Chichester. 1997.
14. GittA.K., Buenon H., Danchin N. et al. The role of cardiac registries in evidence-based medicine // European Heart Journal. 2010. V. 31. P. 525—529.
15. NHS Employers and the General Practitioners Committee. Quality and Outcomes Framework Guidance for GMS Contract 2009/10 // NHS. 2009. http://www.isdscotland.org/isd/files/QOF_Guidance_2009_final.pdf
16. Scholte op Reimer W.J.M., Gitt A.K., Boersma E. et al. Cardiovascular Diseases in Europe. Euro Heart Survey // Sophia Antipolis: European Society of Cardiology. 2006. http://www.escardio.org/guidelines-surveys/ehs/Documents/EHS-CVD-report-2006.pdf
17. Герасименко Н.Ф. Сверхсмертность населения — главная демографическая проблема России в контексте европейских тенденций здоровья // Здравоохранение Российской Федерации. 2009. № 3. С. 10—14.