

ПРОБЛЕМЫ, СВЯЗАННЫЕ С ВНЕДРЕНИЕМ МЕДИЦИНСКИХ СТАНДАРТОВ В ЗДРАВООХРАНЕНИЕ АРМЕНИИ

Ованесян Р.А.

Нет ничего такого, что о нельзя было бы извратит ь плохим исполнением.

Теренций Публий

Очень часто, даже в быту, приходится слышать выражения “действовать по стандарту”, “соответствует стандарту”. Чаще всего под этим подразумевают некие образцы продукции (стандартный образец). В действительности же под стандартом следует понимать нормативный документ, в котором сформулированы требования к *качест ву* того или иного вида товаров, работ или услуг, удовлетворяющие потребности (запросы) населения.

Итак, что такое стандарт и что такое стандартизация?

Стандарт (от англ. standard – норма, образец, мерило), в широком смысле слова – *образец, эт алон, модель, принимаемые за исходные для сопост авления с ними других объект ов* (БСЭ, т. 24-1, с. 410). Как следует из определения Международной организации по стандартизации (International Standartization Organization): “*Ст андарт изация – уст ановление и применение правил с целью упорядочения деят ельност и в определенной област и на пользу и при участ ии всех заинт ересованных ст орон, в част ност и, для дост иж ения всеобщей опт имальной экономии при соблюдении функциональных условий и т ребований т ехники безопасност и*”.

Медицинским ст андарт ом называет ся сист ема знаний, умений, навыков и условий, определяющих возмож ност ь выполнения определенного вида медицинской деят ельност и. Медицинские стандарты подразделяются на:

- диагностические;
- лечебно-технологические;
- стандарты качества лечения;
- финансово-экономические;
- научно-исследовательские;
- профессиональные.

Диагностические стандарты определяют необходимые и достаточные виды диагностических мероприятий по конкретным нозологическим единицам с целью постановки диагноза и контроля за ходом лечения данного заболевания в лечебно-профилактическом учреждении определенного вида.

Лечебно-технологические стандарты определяют перечень необходимых мероприятий, методов лечения данной нозологической формы в различных условиях (амбулаторная, неотложная и стационарная помощь) и в различные периоды болезни (обострение, ремиссия, реконвалесценция, реабилитация).

Стандарты качества лечения определяют соответствие проводимой диагностической и лечебной работы в каждом конкретном случае установленным диагностическим и лечебно-технологическим стандартам и оценку результатов лечения в целом по соответствующим нозологическим формам на основании статистических данных.

Финансово-экономические стандарты определяют механизм ценообразования в системе государственного финансирования, медицинского страхования и платной медицины для юридических и физических лиц и основываются на диагностических и лечебно-технологических стандартах.

Научно-исследоват ельские ст андарт ы определяют порядок разработки и внедрения новых способов диагностики и лечения, а также испытания и применения новых лекарственных препаратов и медицинской техники.

Профессиональные ст андарт ы определяют профессиональные качества медицинского персонала, т.е. сумму умений и навыков конкретного медицинского работника, позволяющую ему выполнять соответствующие диагностические и лечебные манипуляции.

С профессиональными стандартами тесно смыкаются, можно сказать определяют их, *информационные и образоват ельные ст андарт ы*. Стало общим утверждение, что медицинское образование недостаточно удовлетворяет как изменяющимся условиям работы системы здравоохранения, так и потребностям общества. С целью разработки механизма улучшения качества медицинского образования во всем мире, который был бы пригоден на всех этапах медицинского образования Всемирная федерация медицинского образования (WFME) разработала проект

Международных стандартов медицинского образования (International Standards in Medical Education). Проект включает три документа: “Всемирные стандарты базового медицинского образования”, “Всемирные стандарты последипломного медицинского образования” и “Всемирные стандарты профессионального развития врачей” (см. Раздел I).^{*} В последних постулируется необходимость непрерывного обучения врачей в течение всей профессиональной деятельности.

Возникает вопрос, а что же такое *качество*? Если рассматривать качество продуктов питания, изделий бытовой техники, жилых строений и т.п., то здесь можно сформулировать достаточно четко: качество – это удовлетворение ожиданий потребителя. Потребитель сам выбирает тот товар или услугу, которая удовлетворяет его требования, которые в свою очередь формируются в процессе образования, чтения литературы, средствами массовой информации, рекламы, при общении с друзьями и близкими и т.д.

Иное дело оценка качества медицинской помощи с точки зрения потребителя. В данном случае потребитель-пациент не в состоянии самостоятельно оценить качество предоставляемых медицинских услуг, так как это специфичная, очень сложная область знаний, требующая специального образования. К тому же *качество медицинской помощи* (КМП) нельзя оценивать только на основе “удовлетворения ожиданий пациента”, хотя этот аспект и является весьма важным и наглядным для широких слоев общества. Поэтому между провайдером медицинских услуг и пациентом на сцене неизбежно должен появиться арбитр-эксперт, который профессионально и объективно оценит КМП.

Оценивать КМП принято в трех основных аспектах: *ст рукт ура* (ресурсы), *процесс* (технологии), *результ ат* (исход). Это знаменитая, так называемая “триада Донабедиана” (см. Раздел I), причем оценивать все эти три компонента необходимо путем сравнения со стандартами.

Таким образом, *качество медицинской услуги – это характеристика соотношения оказанной медицинской помощи современному состоянию науки и практики с получением ожидаемого результата* (1).

Проблема оценки КМП возникла не сегодня, а сам процесс развития системы медицинской помощи подразделяется на несколько периодов (см. реферат статьи Дж.Лоеба).

Первым дошедшим до нас нормативным документом, содержащим требования к ресурсам здравоохранения и процессу оказания медицинской помощи является книга Гиппократ “О врачебном кабинете”, где говорится: “Подлежит обсуждению: больной, оператор, помощники, инструменты, свет; какие инструменты и как; где тело больного; время и способ; место”.

В середине XVIII века в больнице Пенсильванского Университета собирали данные о клинических исходах у госпитализированных больных (2). В середине XIX столетия, во время Крымской войны, Florence Nightingale осуществляла сбор данных о смертности и частоте инфекционных заболеваний в госпиталях Англии. В начале XX века Ernest Codman предложил для оценки КМП теорию “конечного результата” (3). Громадный вклад в методологию оценки КМП внес Avedis Donabedian (4), предложивший трехкомпонентную модель оценки, которая включала такие параметры, как *ст рукт ура* (характеристики, описывающие условия оказания помощи), *процесс* (вид помощи, осуществляемой в этих условиях) и *исход* (конечное состояние больного после вмешательства).

До последнего времени развитие стандартизации в области медицинской помощи происходило в направлении создания систем-классификаторов пациентов – так называемых диагностически родственных групп (ДРГ), объединяющих больных с учетом исходного состояния и достижения сходных результатов при оказании медицинской помощи по принципу: определенному человеку – определенное место (the right man – the right place).

Целью разработки и внедрения ДРГ было удержание растущих расходов на стационарную медицинскую помощь. ДРГ основывались на допущении, что стоимость лечения больного в стационаре определяется рядом критериев (необходимость хирургического или терапевтического лечения, возраст, наличие осложнений или сопутствующих заболеваний) интегральным выражением которых может служить средняя продолжительность пребывания больного в клинике. Внедрение ДРГ на определенном этапе действительно способствует снижению стоимости госпитализации: стимулируется более экономичное использование ресурсов, выявляются отклонения в сроках лечения,

^{*} здесь и далее: цитируемые подобным образом статьи опубликованы в настоящем номере АМРЖ (прим. автора).

улучшается качество ведения медицинской документации. Медико-экономические стандарты (МЭС), о которых в настоящее время идут дебаты (см. статью М.Аристакесяна) среди функционеров системы здравоохранения Армении, по сути являются одним из вариантов ДРГ.

Однако имеется и обратная сторона применения ДРГ: нередко наблюдается преждевременная выписка больных; на госпитализацию отбираются больные с неосложненным течением заболевания; госпитализируются больные амбулаторного профиля, в то время как действительно нуждающимся в госпитализации отказывают в последней. Еще одной негативной особенностью ДРГ является то, что система, будучи разработана ретроспективно на основе анализа историй болезни, отражает состояние медицинской помощи, сложившееся в данной стране к моменту разработки, и таким образом, не является проспективной и не может быть механически внедрена в других странах.

ДРГ были взяты за образец и в Армении при разработке в 1997г. “Основного пакета медицинских услуг” (Basic Benefit Package), внедренного затем в практическое здравоохранение республики в виде так называемого государственного заказа. В процессе внедрения госзаказа высветились отдельные недостатки системы: несоответствие государственного финансирования реальной стоимости лечения той или иной патологии; тенденция к лечению (даже в тех случаях, когда это недопустимо) стационарных больных на дому; госпитализация больных с хроническими заболеваниями под видом ургентной патологии (мотивация: больной платит не в кассу больницы, а непосредственно медперсоналу) и т.п.

В дальнейшем попытались компенсировать недостатки системы ДРГ разработкой систем-классификаторов, основанных на положении о том, что стоимость лечения определяется в первую очередь тяжестью заболевания, а также наличием осложнений и сопутствующей патологии.

При несомненной практической значимости системы-классификаторы имеют в настоящее время в здравоохранении развитых стран ограниченное применение, вследствие следующих причин:

- системы ориентированы только на стационарную медицинскую помощь;
- системы основаны на обобщении “типичной практики”, которая отнюдь не всегда является наиболее рациональной;
- экспертное мнение, являющееся принципом составления систем, не считается оптимальным;
- при использовании систем всегда неизбежны издержки и прямые злоупотребления.

Реальное научно обоснованное развитие стандартизация в здравоохранении получила на протяжении последних 10-15 лет, что в значительной мере связано с появлением нового направления в клинической медицине – медицины, основанной на доказательствах (evidence based medicine), сущность которой заключается в том, что к использованию в клинической практике рекомендуются только те вмешательства, эффективность и безопасность которых доказана в качественных рандомизированных исследованиях. Принципы и методология доказательной медицины (ДМ) достаточно подробно освещены на страницах предыдущих номеров АМРЖ (5-9).

К настоящему времени накопленный опыт позволяет пойти еще дальше и уже выдвинуть концепцию “здравоохранения, основанного на доказательствах”. Она предполагает принятие не только клинических, но и управленческих решений в области общественного здоровья и здравоохранения на основе анализа имеющихся доказательных исследований.

Однако несмотря на то, что концепция ДМ существует и успешно внедрена как в клиническую практику, так и в образовательный процесс во многих развитых странах, у нас в Армении до сих пор приходится убеждать врачей и организаторов здравоохранения в преимуществах использования доказательств по сравнению с личным опытом и мнением экспертов (кстати, основанным на том же личном опыте).

Сегодня ясно, что вне принципов ДМ пациент становится заложником случайного стечения ряда обстоятельств: таланта и профессионализма врача, его этических начал и степени благорасположения к больному, технической оснащенности и технологического арсенала медицинского учреждения, финансовых взаимоотношений между руководством этого учреждения, врачом и пациентом, наконец собственных финансовых возможностей и степени информированности о современных медицинских технологиях. Большая вариабельность всех этих параметров делает перспективу получения качественной медицинской помощи довольно призрачной. Инструментом, призванным минимизировать флуктуации в системе КМП являются документы, регламентирующие качество – стандарты, клинические протоколы ведения больных и клинические рекомендации (guidelines).

На сегодняшний день протокол (стандарт) это официально установленное и утвержденное уполномоченным органом положение об объеме медицинской помощи при определенном заболевании, синдроме или клинической ситуации. Протоколы ведения больных представляют собой совокупность методов медицинской профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, включая лекарственное воздействие, организационные и вспомогательные технологии.

При внедрении стандартизации в здравоохранении имеется ряд проблем. Первая заключается в неприятии методологии стандартизации, причем это неприятие существует у большей части медиков. Врачебное сословие считает свою деятельность особой формой искусства и всемерно противится ее стандартизации. Вот типичный пример отношения практического врача-хирурга к стандартам в медицине: “Что такое международные медицинские стандарты – это стандарты США, Англии, Германии, или Китая? Какой страны? Стандартов лечения в медицине просто не может быть. Есть мнения крупных специализированных клиник, которые указывают, что надо делать в определенной клинической ситуации. Однако есть также другие крупные клиники, которые придерживаются прямо противоположного мнения. Кому верить?”. Задается также вопрос: “Не подменит ли стандарт сущность врачебной профессии?”. Нет, если врача учили думать, то стандартом этого не заменить. А вот фактические данные устаревают очень быстро – через 3-5 лет. Есть исследования (см. реферат статьи Р.Саймона), показывающие, что не более 90% практических руководств остаются актуальными через 3,6 года, а через 5,8 года половина этих руководств устаревают. Скепсису Р.Саймона противопоставляется (см. реферат статьи Ю.Классена) следующее: “Необходимо отвлечься от буквального, монетарного значения термина “золотой стандарт” и просто воспринимать его в качестве наилучшего “инструмента”, доступного и применимого в данное время.” Наконец, в Хельсинкской декларации (10) сказано: “Новый метод следует сопоставить с аналогичными параметрами наилучших общепринятых в настоящее время методов диагностики и лечения”.

Скорее всего, более верным является мнение профессора Гарвардской медицинской школы Stephen Soumerai (см. реферат статьи Д.Сперджена): “Доказательная медицина стала общепринятой и методики гарантирования качества при лечении болезней стали все чаще используемыми. Более опытные врачи могут быть менее осведомлены о новых стратегиях и могут менее благосклонно относиться к ним”. В этой же статье делается вывод: “По мере возрастания практического опыта врачи все с меньшей вероятностью и адекватностью воспринимают современные общепринятые стандарты лечения и все меньше обеспечивают технологически адекватную помощь”. И вот лечит такой врач, уподобляясь чеховскому Ионычу, гипертонию – адельфаном, а стенокардию – валидолом. Невольно напрашивается парадоксальный вывод: *степень информированности и врача о современных методах диагностики и лечения обратно пропорциональна числу лет после окончания медицинского института*.

Вторая большая проблема заключается в излишней самонадеянности и “самостоятельности” при разработке клинических руководств и протоколов. Так, при отсутствии института независимой экспертизы научно-медицинской литературы на полках книжных магазинов появляются учебники, монографии, методические рекомендации доморощенных графоманов, в которых с одной стороны *доказывает ся*, что “Волга впадает в Каспийское море”, а с другой – рекомендуется применять методы лечения, эффективность которых авторами *никак не доказывает ся*. И эти, с позволения сказать, “опусы” благосклонно утверждаются со стороны Управления науки и образования МЗ РА и приобретая таким образом статус официальной учебно-методической литературы, попадают (на добровольно-принудительной основе!) в руки студентов, клинических ординаторов и аспирантов. Между тем, на пагубность поощрения практики двойных стандартов при разработке клинических руководств в развивающихся странах указывается в реферате статьи Р.Макклин.

Согласно международным стандартам ни один новый метод диагностики и лечения не может быть признан и рекомендован в клиническую практику без обязательной тщательной проверки в ходе рандомизированных контролируемых испытаний. У нас же при проведении клинических исследований более, чем в 80% случаев в качестве контроля принимают показатели нормы (?). О необходимости проведения истинной рандомизации осведомлено лишь ограниченное число исследователей. В итоге, например, за последние пять лет в отечественных научно-медицинских журналах опубликовано более десятка статей об эффективности низкоинтенсивного лазерного облучения при лечении ряда заболеваний (от дерматитов до инсульта и инфаркта миокарда), причем

ни в одной работе не применялась процедура рандомизации (в двух исследованиях применялся метод минимизации). То же самое касается метода гипербарической оксигенации, маммографического скрининга на предмет выявления рака молочной железы и многих других методов диагностики и лечения. В результате, даже в ведущих клиниках республики до сих пор порой применяются методы, бесполезность и даже вредность которых доказана в ходе мультицентровых исследований. Например, применение антагонистов кальция при лечении ишемического инсульта, дофамина при лечении острой почечной недостаточности, антиаритмических средств при желудочковых аритмиях, лидокаина при остром инфаркте миокарда и т.д. и т.п.

Третья (весьма важная в условиях отечественного здравоохранения) проблема – это извечный разрыв между словом и делом. Так, еще в 2000г. Национальным институтом здравоохранения МЗ РА была завершена разработка 697 медико-экономических стандартов (см. реферат статьи Ж.Саакяна), а в 2001г. Агентством по лекарствам и медицинским технологиям МЗ РА были изданы два руководства, включившие в себя стандартные схемы лечения 60-и заболеваний (см. статью Н.Мирзоян, Э.Габриеляна). Тогда же ряд упомянутых схем лечения был утвержден со стороны Министерства здравоохранения в качестве руководства к применению. Однако фактически они не применяются ни в одном учреждении здравоохранения республики и можно предположить, что по прошествии шести лет уже безнадежно устарели. Ну как по этому поводу не вспомнить слова лауреата Нобелевской премии Милтона Фридмана: “Только чиновник способен взять бумагу идеального качества, покрыть ее чернилами идеального качества – и сделать эту комбинацию не стоящей и гроша ломаного”.

Наконец экономическая оценка. Этой проблеме у нас внимания практически не уделяется, вернее вопрос сводится к непосредственным затратам и ценам на лечение. Речь идет о применении неэффективных, но дешевых методах диагностики и лечения. Например, почти всем больным при госпитализации производятся исследования фибриногена и протромбинового индекса. Стоимость этих анализов невысока: 1000-1500 драмов (≈ 3 \$США). Однако в пересчете на городскую многопрофильную больницу, где ежегодно госпитализируется около 10000-12000 больных, сумма за эти анализы составляет уже порядка 35000 \$США. Между тем информативность этих исследований практически равна нулю. Фибриноген является маркером воспалительного ответа, а динамика его уровня нужна при оценке ДВС-синдрома. Протромбиновый индекс (кстати, метод неточный и не использующийся нигде в мире) является всего лишь неадекватным ориентиром при антикоагулянтной терапии. То же самое можно сказать о многих скрининговых методах диагностики. Между тем, в США исключение рентгенологического обследования из обязательных протоколов диагностики пневмонии у молодых лиц привело к экономии 1 000 000 койко-дней и 250 000 000 долларов ежегодно (1).

Международный опыт свидетельствует о том, что внедрение протоколов является сложной задачей, которая не может быть однозначно решена, особенно в условиях здравоохранения развивающихся стран. Многие аналитики отечественного здравоохранения склоняются к мнению: “Зачем изобретать велосипед, надо взять готовые европейские или американские протоколы, перевести их на армянский язык и приказом МЗ РА внедрить в клиническую практику”. Смеем утверждать, что подобное слепое копирование существующих международных протоколов диагностики и лечения не только не улучшит качество медицинской помощи в Армении, а наоборот может привести только к окончательному развалу системы здравоохранения. Как убедительно показано в статье Г.Ованесяна на примере организации помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения, международные протоколы диагностики и лечения инсульта, успешно применяемые в европейских или американских клиниках, не могут быть реализованы в условиях отечественного здравоохранения, главным образом по организационно-техническим и финансово-экономическим причинам. Об аналогичных проблемах в области анестезиологии и интенсивной терапии говорится в статье Г.Мхояна и А.Мангояна: “Только в 5 (20%) столичных стационарах функционируют отделения анестезиологии и интенсивной терапии, более или менее отвечающие основным требованиям стандартов по материально-техническому и кадровому оснащению”.

Можно выделить два подхода к внедрению стандартов и клинических протоколов: “жесткий” подход – стандарт внедряется через законы, подзаконные акты, приказы и инструкции, обязательные к выполнению и их соблюдение строго контролируется; “мягкий” подход – формирование внешней (финансовое стимулирование, структурные реформы, контроль качества, поддержка коллег,

отношение пациентов) и внутренней (индивидуальное самоуправляемое обучение, консультирование, организация системы поддержки принятия клинических решений) мотивации. Наиболее эффективными считаются методы формирования внутренней мотивации. Если же навязать протоколы лечащему врачу в приказном порядке, то может сложиться ситуация по негативному типу обратной связи: “я использую методы диагностики и препараты, которые имеются под рукой”, или же врач вообще откажется от оказания медицинской помощи, ибо невыполнение протокола автоматически приведет его на скамью подсудимых.

Таким образом, при разработке отечественных протоколов ведения больных, наряду с учетом международных разработок, необходимо решение следующих проблем:

- ментальные,
- организационно-технические,
- финансово-экономические,
- деонтологические и биоэтические,
- правовые.

Особенно важными нам представляются проблемы, связанные с биоэтикой и деонтологией. Обо всем этом мы уже подробно писали в третьем номере АМРЖ (11), поэтому здесь ограничимся утверждением, что менталитет, степень образованности и компетентность информационной грамотности, религиозные воззрения и просто привычки армянского врача и пациента в известной степени отличаются от таковых у других народов. Следовательно, при создании протоколов необходимо весьма внимательно отнестись к этой проблеме, внося определенные коррективы при адаптации уже существующих международных конвенций и деклараций в области биоэтики к местным условиям. Кстати, в международных рекомендациях по внедрению стандартов присутствует отдельный пункт, посвященный проблеме адаптации. Например, в введении Всемирных стандартов профессионального развития врачей (см. Раздел I) говорится: “Стандарты следует формулировать с учетом наличия региональных и межнациональных различий в программах обучения, а также обеспечивать возможность внесения в них изменений и дополнений на местном, национальном и региональном уровнях.”

Особая статья – это правовые и судебно-медицинские аспекты стандартизации в медицине. Институт медицинского права в нашей стране пока еще не сложился, нет также подготовленных юристов по медицинскому праву и соответственно, как для врачей, так и для пациентов отсутствует возможность получить квалифицированную юридическую консультацию. Вследствие этого, а также отсутствия действующих протоколов диагностики и лечения понятие медицинской ошибки весьма расплывчато и фактически сводится к определению на уровне экспертов – специалистов в данной клинической области. Последние же при экспертизе клинических случаев руководствуются уже успевшими устареть учебниками и монографиями или же, в лучшем случае, европейскими и американскими протоколами (кому что нравится и доступнее). Не последнюю роль играет при этом также кастовость медицинской профессии – “не дать своего брата в обиду”. Судебно-медицинский эксперт в этой ситуации руководствуется своими не менее устаревшими учебниками и монографиями или же “понравившимися” ему зарубежными протоколами. Судите сами (простите за невольный каламбур) о степени объективности и непредвзятости при вынесении вердиктов в подобных судебных разбирательствах? Вот и стоит рядовой врач перед дилеммой: работать по протоколу, ряд положений которого изначально не может быть выполнен или же работать по-старинке, как его учили 10-20 лет назад. В обоих случаях высока вероятность допущения медицинской ошибки и налицо юридическая незащищенность. Учитывая также социальную незащищенность и нищенскую зарплату, отсутствие мотивации к профессиональному развитию и непрерывному обучению вполне понятно неприятие горемычным врачом каких-либо инноваций в лечебном процессе.

Еще один положительный аспект при внедрении протоколов – возможность оценки КМП со стороны страховых компаний. Оценка качества выполнения протокола при этом должна производиться по двум направлениям:

1. Оценка полноты выполнения обязательных требований протокола у конкретного больного, т.е. выполнение технологий.
2. Оценка результатов по совокупности исходов, т.е. процент совпадения исходов с заданным протоколом.

При оценке КМП необходимо также учитывать две основные характеристики медицинских технологий:

- эффективность (действенность и собственно эффективность);
- безопасность.

Под действенностью (efficacy) медицинских вмешательств понимают эффективность, полученную в клинических исследованиях. В условиях широкого применения эффективность может меняться, так как больные в популяции все же отличаются от больных, включенных в исследование (пусть даже и выполненное с соблюдением самой строгой и корректной рандомизации). Поэтому в условиях клинической практики эффективность называют собственно эффективностью (effectiveness).

Безопасность (safety) подразумевает вероятность неблагоприятных побочных эффектов при применении тех или иных вмешательств. Абсолютно безопасных вмешательств в медицине не бывает, поэтому речь идет о разумном, приемлемом балансе между эффективностью и безопасностью.

Безопасность – важнейший компонент качества медицинской услуги. Институт медицины США (Institute of Medicine), определяет качество медицинской помощи как степень, в которой медицинские услуги индивидам и популяции увеличивают желательные исходы в отношении здоровья и соответствуют текущим профессиональным знаниям. Агентство по исследованиям здравоохранения и качеству (Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ) в свою очередь разработало индикаторы качества. В AHRQ в 2004г. создан Центр по повышению качества и безопасности пациентов (Center for Quality Improvement and Patient Safety, CQIPS). ВОЗ во исполнение декларации 2002г. провозгласила инициативу, направленную на повышение безопасности медицинской помощи – Альянс за безопасность пациентов. В апреле 2005г. Европейский союз принял декларацию, призывающую к формированию культуры безопасности для пациентов. В Великобритании Национальное агентство по безопасности пациентов (UK National Patient Safety Agency, NPSA) открыло специальную программу, которая должна научить врачей быть открытыми с пациентами, облегчить признание ошибки и выражение сожалений. Оказалось, что такая практика приводит к существенному – примерно наполовину – снижению частоты исков к медицинскому учреждению (12). Важно, что NPSA отнюдь не приглашает взваливать всю ответственность на врачей, но выявлять и минимизировать ошибки, проистекающие из несовершенства системы. В США количественная оценка КМП производится с применением технологии ACSI (American Customer Satisfaction Index), разработанной профессором С.Россом из Мичиганского университета (13).

К сожалению, в нашей стране о подобных инициативах можно только мечтать, хотя и международный опыт свидетельствует об их эффективности в аспекте повышения качества медицинской помощи. Между тем возможности для проведения полномасштабных исследований, посвященных вопросам распространенности вреда пациентам в результате медицинских ошибок, структуры неблагоприятных последствий и факторах, вызывающих эти ошибки, адекватности предоставленной медицинской помощи запросам пациентов, участия государства в обеспечении “минимума здравоохранения” и определения критериев этого минимума в нашем здравоохранении имеются. Такие исследования относительно недороги, не представляют особого организационного труда и могут быть с успехом реализованы усилиями отечественных специалистов.

Подводя итоги можно заключить, что процесс стандартизации отечественного здравоохранения, на наш взгляд, должен осуществляться по следующим направлениям:

- создание системы национальных стандартов медицинской помощи;
- создание системы оценки и контроля качества медицинской помощи;
- развитие системы подтверждения технического и технологического соответствия учреждений здравоохранения медицинским стандартам (лицензирование, сертификация, аккредитация);
- развитие системы подтверждения соответствия медицинского персонала профессиональным и информационно-образовательным стандартам (лицензирование, сертификация, аттестация).

Стандартизация в здравоохранении Армении – насущная, назревшая проблема и чем раньше мы начнем этот процесс, тем быстрее критически осмыслим имеющиеся проблемы и соответственно наметим пути их решения. Все это в итоге будет способствовать повышению качества медицинской помощи, что собственно и является конечной целью любой системы здравоохранения.

Адрес для корреспонденции: Рубен Ованесян,

кафедра клинической пат физиологии,
Национальный инст ит уг здравоохранения,
ул. Комит аса 49/4, Ереван, Республика Армения, 375051,
т ел. (+37410) 23-71-50, email: rouben@medlib.am

Лит ерат ура

1. Основы стандартизации в медицине. под ред. А.И.Вялкова и П.А.Воробьева. Москва, Ньюдиамед, 2002, 216 с.
2. *McIntyre D., Rodgers L., Heier E.J.* Overview, history, and objectives of performance measurement. Health Care Finans Rev 2001;22:7.21.
3. *Mallon W.J.* Ernest Amory Codman: The End Resalt of a Life in Medicine. Philadelphia, PA:W.B.Saunders Company; 2000.
4. *Donabedian A.* Evaluation the quality of medical care. Milbank Mem Fund Q 1966;44:166.206.
5. *Ованесян Р.А.* Медицина, основанная доказательствах или доказательная медицина. АМРЖ, 2002, 1, с. 124-136.
6. *Данс А.Л., Данс Л.Ф.* Потребность в доказательной медицине и возможность ее внедрения в развивающихся странах. АМРЖ, 2002, 1, с. 148-151.
7. Пересмотренный вариант единых стандартов представления результатов рандомизированных контролируемых испытаний (CONSORT). АМРЖ, 2003, 2, с. 138-165.
8. Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины. АМРЖ, 2004, 3, с. 109-118.
9. Глоссарий руководства для составителей и пользователей Кокрановских обзоров. АМРЖ, 2004, 3, с. 172-188.
10. Хельсинская декларация. АМРЖ, 2003, 2, с. 127-129.
11. *Ованесян Р.А.* Медицинская этика и биоэтика в здравоохранении Армении: факты, гипотезы, размышления. АМРЖ, 2004, 3, с. 118-127.
12. *Власов В.В.* Безопасность пациентов. Международный журнал медицинской практики. 2005, 6, с. 28-30.
13. *Гет ьман М.М.* Концепция контроля процессов оказания медицинской и социальной помощи в Российской федерации. Медицинский вестник. 2006, 4, с. 4-6.