

WWW.ZDRAV.RU

Здравоохранение

журнал рабочих ситуаций главного врача

№5
май 2013

Комплексное оснащение ЦСО

Оборудование из Германии и Италии. 3 года гарантии.



Бесплатное проектирование, согласование и конкурсное сопровождение проектов.
МЕДИЦИНСКАЯ КОМПАНИЯ ВИТА-ПУЛ. (495) 514-19-00, 514-19-07, www.vitapool.ru

80 Проблемы реализации права гражданина на выбор медицинской организации и врача для получения первичной медико-санитарной помощи



Разработка и использование стандартов медицинской помощи: состояние проблемы в России и возможности улучшения качества первичной медицинской помощи¹

Ключевые слова

стандарты медицинской помощи, качество медицинской помощи, первичная медико-санитарная помощь

В.В. Власов,
д-р мед. наук,
проф. кафедры
управления
и экономики
здравоохранения
факультета государ-
ственного и муни-
ципального управ-
ления НИУ «Высшая
школа экономики»



Написать автору
WWW.ZDRAV.RU

ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ОБЪЕКТ ОСОБЫХ УСИЛИЙ ПО ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА. ПРИ ОКАЗАНИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ВРАЧ ИМЕЕТ ДЕЛО С ДОВОЛЬНО УЗКИМ СПЕКТРОМ ЗАБОЛЕВАНИЙ И СОСТОЯНИЙ (ЧАЩЕ ВСЕГО, В «РАЗВЕРНУТОЙ» ФОРМЕ). ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВИЧНОЙ ПОМОЩИ ВРАЧ ИМЕЕТ ДЕЛО СО ВСЕМ МНОГООБРАЗИЕМ БОЛЕЗНЕЙ, НЕРЕДКО В НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ И СО «СМАЗАННОЙ» КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ. В НЕКОТОРЫХ СЛУЧАЯХ СОСТОЯНИЕ, ПРИВЕДШЕЕ ПАЦИЕНТА НА ПРИЕМ, НИКОГДА НЕ ТРАНСФОРМИРУЕТСЯ В «НОЗОЛОГИЧЕСКИ ОПРЕДЕЛЕННОЕ» СТРАДАНИЕ.

Особенности стандартизации медицинской помощи, оказываемой в первичном звене

Врачи первичного звена испытывают большую потребность в клинических рекомендациях (далее – КР). Не случайно в странах, где создание прескриптивных документов оказывает значительное влияние на качество медицинской помощи, основным «двигателем» этого процесса являются интересы семейных врачей (врачей общей практики). Во всем мире большая часть КР разрабатывается именно для них.

В противоречие этой традиции, в России подготовка стандартов была поручена главным специалистам (которых принято называть «узкими»), которые лишь согласовывают созданные ими документы со смежными специалистами. Кроме того, основной акцент программы разработки стандартов сделан именно на специализированной помощи, более того – на высокотехнологической помощи.

¹ Окончание. Начало см.: журнал «Здравоохранение». 2013. № 3–4.

ВАЖНО РАЗРАБАТЫВАТЬ СОВРЕМЕННЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РУКОВОДСТВА ДЛЯ ВРАЧЕЙ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ РАЗНЫХ ГРУПП (ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ, УЧАСТКОВЫХ ТЕРАПЕВТОВ, УЧАСТКОВЫХ ПЕДИАТРОВ), СОЗДАВАТЬ НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ ПО СОВРЕМЕННЫМ МЕТОДАМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ, А ТАКЖЕ СНАБЖАТЬ ЛПУ ОПЕРАТИВНОЙ НАУЧНОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ.

Е. Зими́на, главный специалист Документационного центра ВОЗ при ФГБУ ЦНИИОИЗ Минздрава России

России еще предстоит не просто высказать заинтересованность в первичной медицинской помощи, но и реально развить ее. Это особенно важно, поскольку деятельность врачей общей практики представляется единственной формой оказания медицинской помощи на селе, которая может смягчить последствия резкого сокращения учреждений сельской медицины.

В частности, для оказания первичной медицинской помощи необходима разработка специальной классификации болезней, синдромов и состояний. Сегодня как в первичном звене здравоохранения, так и при оказании специализированной помощи предписано использовать МКБ-10. Между тем, как упоминалось выше, в первичном звене велика доля обращений с неопределенными жалобами и плохо дифференцируемыми состояниями.

Обсудите на сайте
WWW.ZDRAV.RU

Важно > Врачи бывают вынуждены фальсифицировать медицинскую документацию, указывая диагнозы, для которых нет достаточных оснований ■

Приведем два типичных примера.

Первый – это отсутствие в России диагноза «боль в спине», который во многих развитых странах является одним из самых распространенных. В нашей стране все попытки создать КР по ведению пациентов с болью в спине наталкиваются на непреодолимое противодействие неврологов. Благодаря чему всем таким пациентам устанавливается (часто безосновательно) диагноз «острый радикулит». Второй пример – противодействие возможности установления врачом общей практики диагноза «острый синусит» и проведения им соответствующего лечения. «Узкие» специалисты настаивают на обязательном рентгенологическом исследовании и консультации отоларинголога.

Оценка рисков



ВРАЧИ ВЫНУЖДЕНЫ ФАЛЬСИФИЦИРОВАТЬ МЕДИЦИНСКУЮ ДОКУМЕНТАЦИЮ ПРИ ОБРАЩЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С НЕОПРЕДЕЛЕННЫМИ ЖАЛОБАМИ И ПЛОХО ДИФФЕРЕНЦИРУЕМЫМИ СОСТОЯНИЯМИ



ОТСУТСТВИЕ В РФ ОРГАНИЗАЦИЙ, КОТОРЫЕ БЫ ОБОБЩАЛИ ДАННЫЕ О СОВРЕМЕННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ МЕТОДАХ И РЕШЕНИЯХ С ЦЕЛЬЮ ПОСЛЕДУЮЩЕГО ИНФОРМИРОВАНИЯ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ



НЕГОТОВНОСТЬ ВРАЧЕЙ К СИСТЕМАТИЧЕСКОМУ АНАЛИЗУ РЕЗУЛЬТАТОВ СВОЕЙ РАБОТЫ НА ПРЕДМЕТ ЕЕ СООТВЕТСТВИЯ РЕКОМЕНДУЕМОЙ ПРАКТИКЕ

Можно видеть, как интересы профессиональной группы «узких» специалистов противодействуют развитию первичной медицинской помощи и переносу больших объемов лечебной работы в первичное звено, а также способствуют необоснованным расходам.

Использование КР для повышения качества первичной медико-санитарной помощи

Безусловно, главной проблемой обеспечения качества первичной медико-санитарной помощи является ее недостаточное финансирование. Поскольку большая часть пациентов получает помощь в стационарах и специализированных учреждениях, основные средства направляются на развитие и модернизацию именно таких учреждений.

Нужно отметить, что эта проблема не осталась без внимания: участковым врачам, семейным и врачам общей практики были назначены дополнительные денежные выплаты. Однако, в течение короткого времени подобные выплаты были назначены и «узким» специалистам. В результате обеспеченность участковыми врачами так и не улучшилась, а поликлиники остаются малопривлекательным местом для работы. Без решения этой проблемы создание прескриптивных документов и мотивация врачей и медсестер на выполнение КР не даст существенного эффекта.

Создание КР для врачей первичного звена – задача с хорошо известными вариантами решения¹. Однако это – недостаточное условие для «переключения»

врачей на рекомендованный способ действий.

Разработка КР всегда рассматривалась в комплексе с последующим их внедрением и реализацией образовательных программ².

Важно ➤ Для того чтобы врачи использовали рекомендованные решения, не обязательно значительное материальное стимулирование ■

В то же время необходимы демонстрация правильной работы, последующие напоминания, мониторинг индикаторов результативности.

Наличия КР недостаточно для того, чтобы изменить принятую практику. Необходимо, чтобы врачи были знакомы с рекомендациями и были согласны с их содержанием. Основной способ добиться хорошего восприятия КР врачами – разрабатывать их в соответствии с современной методикой, которая позволяет учесть все детали реальной практики и интересы всех участников лечебно-диагностического процесса. Если же КР хорошо принимаются профессиональной группой, их выполнение в течение короткого времени становится естественным, «приличествующим профессии» делом.

Большинство исследований эффективности сотрудничества (комплаенса) врачей выполнялись с использованием компьютерных технологий.

Важно ➤ Доказано, что клиническая практика может быть улучшена при использовании системы напоминаний, встроенной

¹ Eccles M., Mason J. How to develop cost-conscious guidelines. Health TechnolAssess. 2001; 5(16):1–69;

Бащинский С.Е. Разработка клинических практических руководств с позиций доказательной медицины. Москва: Медиа Сфера; 2004. 135 с;
Власов В.В. Методология разработки профилактических программ. Под ред. Р.Г. Оганова, Р.А. Хальфина. М: Гэотар; 2006. С. 23–42;
EBM Guidelines: Evidence-Based Medicine: John Wiley & Sons Ltd. ; 2012.

² Getting evidence into practice. Effective Health Care. 1999; 5(1):1–16;
Lefant C. Clinical Research to Clinical Practice – Lost in Translation? New England Journal of Medicine. 2003/8/28;349(9):868–74;
Davidoff F. Focus on Performance: The 21st Century Revolution in Medical Education. Mens Sana Monographs. 2008/1/1; 6(1):29–40.

в программы поддержки работы врача типа «карта пациента»¹ ■

Вместе с тем в России использование компьютерных технологий в первичном звене здравоохранения носит крайне ограниченный характер.

Исторически компьютерные технологии развивались в первую очередь в тех учреждениях, которые имели доступ к специальному финансированию ввиду своего исключительного положения, то есть в национальных медицинских центрах. Разработанные программные решения были весьма специфичны, не могли быть широко распространены, а, потому, не могли принести значительной пользы здравоохранению в целом. В значительной степени ситуация продолжает развиваться в том же русле. В национальных медицинских центрах есть современное компьютерное оборудование, их локальные сети поддерживают вполне современную систему электронного документооборота. Однако эти системы непригодны для использования в других учреждениях.

К сожалению, сейчас сделан акцент на создании общенациональной компьютер-

В СТРАНЕ НЕОБХОДИМО СОЗДАВАТЬ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ, ОРИЕНТИРОВАННЫЕ НА ВРАЧЕЙ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА.

ной сети – вместо того чтобы объединять сети учреждений и регионов по мере их готовности. Иными словами, задача централизованного контроля ставится впереди отработки эффективных механизмов взаимодействия врача и информационной системы.

Создание национальной информационной системы откладывается на неопределенный период времени (вероятно, не менее чем на год). Можно ожидать, что после ее запуска появится необходимость совершенствовать ту часть системы, с которой работает врач и медицинская сестра. То есть именно ту, где должны находиться сервисы по информированию врача и по напоминанию о рекомендованных действиях.

Еще одной проблемой при продвижении современных клинических методов и решений является отсутствие в стране авторитетного источника информации. Попытки создания такого источника ограничиваются созданием Интернет-порталов, которые работают подобно МАСС-МЕДИА. Между тем врачам нужен не портал, а институт, подобный NICE в Великобритании², АНСРР и FDA в США.

Такие институты своевременно обращают внимание на появление проблем с отдельными медицинскими изделиями, на осложнения при применении отдельных лекарств (или групп лекарств), уведомляют об изменениях показаний к применению тех или иных препаратов. У нас такого института нет.

Подчеркнем, что сегодня в России вообще нет института, который бы информировал врачей, например, об измене-

¹ *Fretheim A., Oxman A.D., Velsrud K., Treweek S., Kristoffersen D.T., Rndal A. Rational Prescribing in Primary Care (RaPP): A Cluster Randomized Trial of a Tailored Intervention. PLoS Medicine. 2006/6/1;3(6):e134-; Althabe F., Buekens P., Bergele E., Belizan J.M., Campbell M.K., Moss N. et al. A Behavioral Intervention to Improve Obstetrical Care. The New England Journal of Medicine. 2008/5/1;358(18):1929-40; Francke A.L., Smit M.C., de Veer A.J., Mistiaen P. Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: a systematic meta-review. BMC Med Inform Decis Mak. 2008;8:38-; Levine D.A., Funkhouser E.M., Houston T.K., Gerald J.K., Johnson-Roe N., Allison J.J., et al. Improving Care After Myocardial Infarction Using a 2-Year Internet-Delivered Intervention: The Department of Veterans Affairs Myocardial Infarction-Plus Cluster-Randomized Trial. Archives of Internal Medicine. 2011/11/28;171(21):1910-7; Watson M.C., Bond C.M., Grimshaw J.M., Mollison J., Ludbrook A., Walker A.E. Educational strategies to promote evidence-based community pharmacy practice: a cluster randomized controlled trial (RCT). Fam Pract. 2002/10/19(5):529-36; Damiani G., Pinnarelli L., Colosimo S.C., Almiento R., Sicuro L., Galasso R. et al. The effectiveness of computerized clinical guidelines in the process of care: a systematic review. BMC Health Serv Res. 2010;10:2. Epub 2010/01/06; Cheung A., Weir M., Mayhew A., Kozloff N., Brown K., Grimshaw J. Overview of systematic reviews of the effectiveness of reminders in improving healthcare professional behavior. Systematic reviews. 2012;1(1):36. Epub 2012/08/18.*

² См.: NICE Alerts, http://www.nice.org.uk/website/subscribeonnewsletterandalerts/subscribe_to_newsletter_and_alerts.jsp.

нии показаний к применению лекарства или о побочных эффектах лекарства. При том, что такая практика существовала в развитых странах даже в «докомпьютерную» эпоху – в виде писем, рассылаемых врачам. Однако ни в СССР, ни в России никогда врачи не рассматривались как субъекты медицинской практики. Если мы хотим изменить практику врача, мы должны адресоваться к врачу.

Важно ➤ Следует готовить врачей к систематическому анализу результатов своей работы на предмет ее соответствия рекомендуемому образу ■

Так, доказано, что систематическое ознакомление врачей с результатами работы за месяц, демонстрация тенденций к улучшению или ухудшению получаемых результатов само по себе является стимулом к изменению практики. Важно, что при этом у врачей остается ощущение того что они сами контролируют ситуацию и могут сознательно применять рекомендации. Сегодня нужно разрабатывать алгоритмы и методы работы с врачами так, чтобы сделать систему действенной и приемлемой. В противном случае ее эффективность может оказаться небольшой.

Экономическое стимулирование повышения качества амбулаторной помощи на основе стандартов

Обычно экономические стимулы к использованию рекомендованных вмешательств и технологий рассматриваются среди первых. Между тем они не являются единственными, а их эффективность не столь велика и не столь однозначна, как об этом принято думать.

Экономические стимулы – только один из способов воздействия на систему оказания медицинской помощи, поощрения ее интегрированного характера и достижения важного для больного резуль-

тата¹. При этом, например, в США всегда действовал экономический механизм негативного свойства – финансовое наказание за неэффективную, некорректную практику. В последние десятилетия важнейшим основанием для решений, выносимых в судах и внутри медицинских организаций, стало соответствие врачебной практики доказательным КР.

Эффективность экономических стимулов к повышению качества помощи изучалась во множестве исследований (в том числе в контролируемых и рандомизированных контролируемых испытаниях)². В большинстве случаев был обнаружен позитивный эффект экономических стимулов – хотя и умеренный. В одном исследовании влияния экономических стимулов на качество медицинской помощи не было обнаружено, а в других исследованиях – положительное влияние распространялось на одни показатели лечебного процесса, и не распространялось на другие.

Ввиду того что сведения об эффективности экономического стимулирования в плане приверженности врачей соблюдению КР ограничены, и качество существующих исследований не позволяет исключить влияние систематических ошибок (прежде всего, ошибки селекции), мы не можем утверждать, что влияние экономических стимулов не минимально.

Важно ➤ Наибольшее влияние экономические стимулы оказывают на показатели процесса (выполнение рекомендаций), а не на показатели исхода (показатели здоровья пациентов)³ ■

¹ Korda H, Eldridge GN. Payment incentives and integrated care delivery: levers for health system reform and cost containment. *Inquiry*. 2011;48(4):277–87. Epub 2011/01/01.

² Scott A, Sivey P, Ait Ouakrim D, Willenberg L, Maccarella L, Furler J, et al. The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011(9):CD008451. Epub 2011/09/09.

³ Giuffrida A, Gosden T, Forland F, Kristiansen IS, Sergison M, Leese B, et al. Target payments in primary care: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000(3):CD000531. Epub 2000/07/25.

Сказанное справедливо и для совокупности исследований, проведенных в странах со средними и низкими доходами¹. Дизайн системы экономическогоощерения должен быть разработан не только с учетом результатов испытаний, но и на основе разнообразного опыта применения схем стимулирования.

Список использованной литературы

1. *Бащинский С.Е.* Разработка клинических практических руководств с позиций доказательной медицины. Москва: Медиа Сфера, 2004. 135 С.

2. *Власов В.В.* Имеем такой формуляр, какой заслуживаем. *Ремедиум*. 2000(4):36–7.

3. *Власов В.В.* Методология разработки профилактических программ. *Оганов Р.Г., Хальфин Р.А.* М: Гэотар, 2006. С. 23–42.

4. *Шварц Ю.Г., Власов В.В.* Проблемы составления и использования клинических рекомендаций и формуляров в России. *Международный журнал медицинской практики*. 2000(11): С. 5–12.

5. *Althabe F., Buekens P., Bergel E., Belizan J.M., Campbell M.K., Moss N.* et al. A Behavioral Intervention to Improve Obstetrical Care. *The New England Journal of Medicine*. 2008/5/1;358(18):1929–40.

6. *Cheung A., Weir M., Mayhew A., Kozloff N., Brown K., Grimshaw J.* Overview of systematic reviews of the effectiveness of reminders in improving healthcare professional behavior. *Systematic reviews*. 2012;1(1):36. Epub 2012/08/18.

7. *Damiani G., Pinnarelli L., Colosimo S.C., Almiento R., Sicuro L., Galasso R.* et al. The effectiveness of computerized clinical guidelines in the process of care: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:2. Epub 2010/01/06.

8. *Davidoff F.* Focus on Performance: The 21st Century Revolution in Medical Education. *Mens Sana Monographs*. 2008/1/1; 6(1):29–40.

9. *EBM Guidelines: Evidence-Based Medicine:* John Wiley & Sons Ltd. ; 2012.

10. *Eccles M., Mason J.* How to develop cost-conscious guidelines. *Health TechnolAssess*. 2001;5(16):1–69.

11. *Francke A.L., Smit M.C., de Veer A.J., Mistiaen P.* Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: a systematic meta-review. *BMC Med InformDecisMak*. 2008;8:38–.

12. *Fretheim A., Oxman A.D., Velsrud K., Treweek S., Kristoffersen D.T., Bjorndal A.* Rational Prescribing in Primary Care (RaPP): A Cluster Randomized Trial of a Tailored Intervention. *PLoS Medicine*. 2006/6/1;3(6):e134–.

13. Getting evidence into practice. *Effective Health Care*. 1999;5(1):1–16.

14. *Giuffrida A., Gosden T., Forland F., Kristiansen I.S., Sergison M., Leese B., et al.* Target payments in primary care: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000(3):CD000531. Epub 2000/07/25.

15. *Guyatt G.H., Sackett D.L., Sinclair J.C., Hayward R., Cook D.J., Cook R.J.* Users' guides to the medical literature: IX. A method for grading health care recommendations. *Journal of the American Medical Association*. 1995;274(22):1800–4.

16. *Korda H., Eldridge G.N.* Payment incentives and integrated care delivery: levers for health system reform and cost containment. *Inquiry*. 2011;48(4):277–87. Epub 2011/01/01.

17. *Lenfant C.* Clinical Research to Clinical Practice – Lost in Translation? *New England Journal of Medicine*. 2003/8/28;349(9):868–74.

18. *Levine D.A., Funkhouser E.M., Houston T.K., Gerald J.K., Johnson-Roe N., Allison J.J., et al.* Improving Care After Myocardial Infarction Using a 2-Year Internet-Delivered Intervention: The Department of Veterans Affairs Myocardial Infarction-Plus Cluster-Randomized Trial. *Archives of Internal Medicine*. 2011/11/28;171(21):1910-7;

19. *Medicine Io.* Clinical Practice Guidelines: Directions for a New Program. Washington, DC: National Academy Press; 1990.

¹ *Witter S., Fretheim A., Kessy F.L., Lindahl A.K.* Paying for performance to improve the delivery of health interventions in low- and middle-income countries. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;2:CD007899. Epub 2012/02/18.

20. Oxman A.D., Fretheim A., Schunemann H.J. Improving the use of research evidence in guideline development: introduction. *Health ResPolicy Syst.* 2006;4:12–.

21. Oxman A.D., Lavis J.N., Fretheim A. Use of evidence in WHO recommendations. *Lancet.* 2007;369(9576):1883-9. Epub 2007/05/12.

22. Sackett D.L., Haynes R.B., Guyatt G.H., Tugwell P. *Clinical epidemiology: a basic science for clinical medicine.* Boston: Little & Brown; 1991.

23. Sackett D.L., Wenneberg J.E. Choosing the best research design for each question: It's time to stop squabbling over the 'best' methods. *British Medical Journal.* 1997;315(7123).

24. Scott A., Sivey P., Ait Ouakrim D., Willenberg L., Naccarella L., Furler J. et al. The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians. *Cochrane*

Database Syst Rev. 2011(9):CD008451. Epub 2011/09/09.

25. SIGN 50: A guideline developers' handbook 2001.

26. Watson M.C., Bond C.M., Grimshaw J.M., Mollison J., Ludbrook A., Walker A.E. Educational strategies to promote evidence-based community pharmacy practice: a cluster randomized controlled trial (RCT). *Fam Pract.* 2002/10;19(5):529–36;

27. Witter S., Fretheim A., Kessy F.L., Lindahl A.K. Paying for performance to improve the delivery of health interventions in low- and middle-income countries. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;2:CD007899. Epub 2012/02/18.

28. Wulff H.R. *Rational diagnosis and treatment: an introduction to clinical. decision-making.* Oxford: Blackwell; 1981. 1–209 p.



Читайте в журнале «Экономика ЛПУ в вопросах и ответах»



- Оказание медицинских услуг в рамках программы государственных гарантий: действия в сложных ситуациях. Стандартизация расходов.
- Организация деятельности, приносящей доход. Тарификация платных услуг.
- Закупки для государственных и муниципальных нужд: планирование объемов, размещение заказа, защита интересов заказчика.
- Нормирование труда, расчет штатной численности и норм нагрузки. Отраслевая система оплаты труда.

Реклама

Выгодная подписка в редакции по телефону: **8 (495) 937-9082**
или на сайте **www.proflit.ru**