

© Манухина Е.В., Артемьева Г.Б., 2013  
УДК 614.211(470.313)

## СТАНДАРТИЗАЦИЯ КАК ОСНОВА СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

*Е.В. Манухина, Г.Б. Артемьева*

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования  
Рязанской области, г. Рязань

**В работе показано, что стандарты медицинской помощи позволяют более эффективно планировать ресурсы и объемы медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования. Внедрение медицинских стандартов способствует совершенствованию подходов к управлению качеством медицинской помощи, а их ресурсное наполнение повышает эффективность проводимой фармакотерапии и способствует мотивации медицинского персонала в улучшении качества медицинской помощи и достижении результатов. Кроме того, внедрение стандартов медицинской помощи направлено на защиту прав пациента и врача при разрешении конфликтных ситуаций.**

**Ключевые слова:** стандарты медицинской помощи, модернизация здравоохранения.

Основные направления деятельности Правительства Российской Федерации по развитию здравоохранения, изложенные в Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года, ориентированы на обеспечение государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи и совершенствование страховых принципов. Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи должна стать инструментом обеспечения доступности и качества медицинской помощи, эффективного управления ресурсами здравоохранения, основанного на планировании объемов медицинской помощи, современной системе стандартизации в здравоохранении, включая стандарты стационарной медицинской помощи [7].

Вступивший в действие Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и реализация программы модернизации здравоохранения Рязанской области наиболее остро

ставят вопросы повышения качества и доступности оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара и совершенствования стандартизации в сфере здравоохранения [6, 8].

Цель работы: рассмотреть на какие компоненты процесса оказания медицинской помощи в стационаре может позитивно повлиять внедрение медицинских стандартов.

Исследования последних лет показывают, что наибольшее количество врачебных ошибок в ведении больных происходят в стационарах [5]. Это связано с тем, что именно в круглосуточных стационарах проводится лечение наиболее тяжелых и сложных больных, и от того, как будет организована медицинская помощь, во многом зависит ее качество. Одним из важных компонентов повышения качества медицинской помощи является непрерывная профессиональная подготовка медицинского персонала и опора на доказательную базу.

Именно стандарты медицинской помощи, которые формируются на основе принципов доказательной медицины, врач

может использовать как источник достоверной информации о целесообразности применения тех или иных медицинских технологий в конкретных клинических ситуациях. Они дают возможность разработать и сформировать критерии оценки качества медицинской помощи по группам заболеваний или состояний, внедрить методики, позволяющие количественно определить уровень качества. Скрининговый контроль качества медицинской помощи, проводящийся для выявления отклонений при оказании медицинских услуг, оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов диагностики, лечения и реабилитации, включает сопоставление с «эталоном», то есть со стандартом медицинской помощи.

Стандартизация как основа совершенствования стационарной медицинской помощи направлена на решение следующих задач в здравоохранении [1,2,3,4]:

- планирование необходимых ресурсов и объемов медицинской помощи;
- расчет необходимых затрат на здравоохранение;
- определение баланса между затратами и качеством;
- проведение экспертизы и оценки качества медицинской помощи больным с определенным заболеванием, синдромом или в определенной клинической ситуации и планирование мероприятий по его совершенствованию;
- выбор оптимальных технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации;
- защита прав пациента и врача при разрешении спорных и конфликтных ситуаций.

#### **Материалы и методы**

Стандарт медицинской помощи разрабатывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг и включает в себя усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения медицинских услуг, зарегистрированных на территории Российской Федерации лекарственных препаратов с указанием средних доз, медицинских изделий, имплантируемых в организм человека (на-

пример, кардиостимулятор), компонентов крови, видов лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания, и других назначений, исходя из особенностей заболевания. Стоимость каждого стандарта медицинской помощи определялась, исходя из стандартизированной технологии ведения больного, с учетом материального потребления ресурсов, предназначенных для лечебно-диагностического процесса.

Каждый медицинский стандарт включает несколько моделей пациентов – формализованного описания характеристик пациента, определяющих тактику его ведения по данному протоколу. Модели пациента сформированы в зависимости от стадии и особенностей течения заболевания и включают наименование нозологической формы, соответствующий код по МКБ-10, возрастную категорию (взрослые, дети), стадию заболевания, осложнения или их отсутствие, условия оказания медицинской помощи, среднюю продолжительность лечения.

Для каждой модели пациента указывается перечень диагностических и лечебных медицинских услуг с указанием частоты их предоставления в группе пациентов, подлежащих ведению по данному плану, и кратность оказания услуги каждому пациенту, т.е. количество услуг в среднем на одного больного. Услуги с частотой выполнения 1,0 формируют основной перечень, а услуги выполнения с частотой менее 1,0 – дополнительный перечень. Основной перечень – это минимально достаточный набор медицинских услуг, которые должны быть оказаны всем больным, соответствующим критериям модели пациента, при отсутствии у них противопоказаний. Также каждой модели соответствуют основной и дополнительный перечни лекарственных средств.

#### **Результаты и их обсуждение**

Постановлением Правительства Рязанской области от 24.03.2011 № 59 утверждена долгосрочная целевая программа «Модернизация здравоохранения Рязанской области на 2011-2012 годы» (далее – Программа). Одно из основных направлений Программы – внедрение стандартов медицинской помощи в части спе-

специализированной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, на финансирование которого предусмотрено в бюджетах Федерального и территориального фондов ОМС 1047,3 млн. рублей.

С учетом приоритетности развития регионального здравоохранения на основании статистических данных о заболеваемости и смертности в рамках Программы в 2011 году внедрено 12 стандартов медицинской помощи в 46 медицинских организациях, в 2012 году – дополнительно 7 стандартов медицинской помощи.

С учетом приоритетов Программы для формирования стандартов специализированной медицинской помощи были выбраны классы заболеваний по МКБ-10, подлежащие лечению по территориальной программе обязательного медицинского страхования, в основном формирующие структуру смертности населения: злокачественные новообразования бронхов и легкого (C34.0-C34.3, C34.8-C34.9), желудка (C16.0-C16.6, C16.8-C16.9), молочной железы (C50.0-C50.6, C50.8-C50.9), шейки матки (C53.0-C53.1, C53.8-C53.9, D06.0-D06.1, D06.7, D06.9), тела матки (C54.0-C54.3, C54.8-C54.9), ободочной кишки (C18.0-C18.9, C19), прямой кишки (C20), инсульт (I60.0-I61.9, I63.0-63.6, I64), инфаркт миокарда (I21.0-I21.3, I22.0-I22.1), а также распространенные в регионе заболевания – нестабильная стенокардия и другие формы острой ишемии миокарда (I20.0, I21.4, I21.9, I22.8), пневмония (J13, J14, J15.0-J15.6, J15.8-J15.9, J16.0, J16.8, J18.0-J18.2, J18.8), бронхиальная астма (J44.9-J45.1, J45.8-J45.9), лейомиома матки (D25.1) и язвенная болезнь желудка (K25.3, K25.7, K25.9). Приоритетностью медицинского обеспечения родовспоможения и детства определена стандартизация привычного невынашивания беременности (O26.2), гемолитической болезни плода и новорожденного (P55.0, P55.1, P55.8-56.0, P56.9), врожденной пневмонии (P23.0-P23.6, P23.8-P23.9), синдрома дыхательного расстройства у новорожденных (P22.0) и расстройств, связанных с укорочением срока беременности, малой массой тела при рождении, замедленном росте и недостаточности питания плода (P05.0, P05.1, P07.0-P07.3) [6].

В течение 2011 и первого полугодия 2012 годов в Рязанской области было пролечено в соответствии с утвержденными стандартами специализированной медицинской помощи 20838 граждан, что составило 57,1 % от плана по законченным случаям лечения.

В Рязанской области ресурсное наложение медицинского стандарта значительно превышает стоимость законченного случая по выбранной нозологии (табл. 1).

Так, возмещение затрат за пролеченного больного при внедрении стандартов увеличилось на 10,5 – 340%. Впервые за весь период существования системы обязательного медицинского страхования финансирование медицинской помощи, оказываемой по клиническим стандартам, осуществляется в объемах, позволяющих осуществлять эффективное лечение пациентов.

Внедрение медицинских стандартов в клиническую практику положительным образом сказалось на качестве оказываемой медицинской помощи госпитализированным больным. По результатам экспертизы качества медицинской помощи количество нарушений, связанных с ненадлежащим качеством медицинских услуг, снизилось с 57,4% в 2010 году до 44,2% в 2011 году, доля необоснованных и непрофильных госпитализаций уменьшилась с 1,4% в 2010 году до 0,8% в 2011 году.

Важным является и то, что полученные медицинскими организациями финансовые средства направляются не только на приобретение необходимых эффективных медикаментов и расходных материалов, но и на повышение заработной платы медицинских работников в соответствии с достигнутыми результатами. Так, заработная плата врачей и среднего медицинского персонала, принимающих участие во внедрении стандартов медицинской помощи, в первом полугодии 2012 года возросла на 32,6% и 19,9% соответственно.

#### Выводы

1. Стандарты медицинской помощи позволяют более эффективно планировать ресурсы и объемы медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Таблица 1

**Сравнительная стоимость медицинского стандарта и законченного случая по нозологии**

№ п/п	Наименование заболевания	Средняя стоимость законченного случая по нозологии, руб.	Средняя стоимость одного случая лечения по стандарту, руб.	Разница, руб. гр.4 – гр.3	% повышения стоимости одного случая лечения гр.5/гр.3х100
1.	Пневмония	21273,8	23510,1	2236,3	10,5
2.	Астма	24110,3	28369,6	4259,3	17,7
3.	Язва желудка	14738,2	42554,2	27816,0	188,7
4.	Гемолитическая болезнь плода и новорожденного	31585,5	57306,4	25720,9	81,4
5.	Врожденная пневмония	36874,5	57306,4	20431,9	55,4
6.	Расстройства, связанные с укорочением срока беременности и малой массой тела при рождении, замедленном росте и недостаточности питания плода	88072,1	161174,3	73102,2	83,0
7.	Синдром дыхательного расстройства у новорожденных	29301,1	128939,4	99638,3	340,0
8.	Привычное невынашивание беременности	15609,2	34051,5	18442,3	118,2
9.	Инфаркт миокарда	33282,9	64344,2	31061,3	93,3
10.	Инсульт	36526,1	77927,0	41400,9	113,3
11.	Злокачественное новообразование бронхов и легкого	25301,4	58425,6	33124,2	130,9
12.	Злокачественное новообразование молочной железы	27108,6	46326,5	19217,9	70,9
13.	Злокачественное новообразование шейки матки	23494,1	71035,8	47541,7	202,4
14.	Злокачественное новообразование тела матки	28915,8	70998,6	42082,8	145,5
15.	Нестабильная стенокардия и другие формы острой ишемии миокарда	15153,5	22569,5	7416,0	48,9
16.	Злокачественное новообразование желудка	34650,4	54651,2	20000,8	57,7
17.	Злокачественное новообразование ободочной кишки	25091,6	41072,1	15980,5	63,7
18.	Злокачественное новообразование прямой кишки	34650,4	42358,9	7708,5	22,2
19.	Интрамуральная лейомиома матки	11319,0	48645,0	37326,0	329,8
	Среднее:				114,4

2. Внедрение медицинских стандартов способствует совершенствованию подходов к управлению качеством медицинской помощи, а их ресурсное наполнение повышает эффективность проводимой фармакотерапии и способствует мотивации медицинского персонала в улучшении качества медицинской помощи и достижении результатов.

3. Внедрение стандартов медицинской помощи направлено на защиту прав пациента и врача при разрешении конфликтных ситуаций.

4. Внедрение медицинских стандартов является важным элементом совершенствования стационарной медицинской помощи в условиях модернизации регионального здравоохранения.

#### Литература

1. Вялков А.И. Стандартные операционные процедуры (СОПы) как один из элементов управления качеством медицинской помощи / А.И. Вялков, П.А. Воробьев, М.В. Сура // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2005. – № 7. – С. 3-6.
2. Колиева Г.Л. Развитие процесса стандартизации в отечественном здравоохранении / Г.Л. Колиева, П.А. Воробьев, Д.В. Лукьянцева // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2010. – № 3-4. – С. 3-7.
3. Лукьянцева Д.В. Прошлое, настоящее и будущее медицинских стандартов / Д.В. Лукьянцева // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2007. – № 8. – С. 3-7.
4. Лукьянцева Д.В. Стандартизация медицинских технологий: вчера, сегодня, завтра / Д.В. Лукьянцева, П.А. Воробьев // Фармацевтическая служба. – 2007. – № 9. – С. 50-52.
5. Отчеты по приказу Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 16.08.2011 № 145 «Об утверждении формы и порядка ведения отчетности ПГ «Организация защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования». – М., 2011.
6. Постановление Правительства Рязанской области от 24.03.2011 № 59 «Об утверждении долгосрочной целевой программы «Модернизация здравоохранения Рязанской области на 2011-2012 годы» (в редакции постановления Правительства Рязанской области от 07.12.2011 № 399). – М., 2011.
7. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 17.10.2008 № 1662-р «Об утверждении Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года». – М., 2008.
8. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании граждан в Российской Федерации» // Обязательное медицинское страхование. – 2010. – № 6. – С. 10-48.

#### STANDARDIZATION AS A BASE FOR MEDICAL CARE IMPROVEMENT IN THE RYAZAN REGION

*E.V. Manukhina, G.B. Artemyeva*

The goal of the research paper is to estimate the influence of the promoted medical standards on the process of medical aid rendering in hospitals. It's indicated that medical care standards enable to plan the resources and medical care capacity more effectively within the bounds of the compulsory medical insurance territorial program. Medical standards promotion leads to methods improvement of medical aid quality management. Resource provisioning of standards increases realizing pharmacotherapy effectiveness and furthers medical personnel motivation to improve a medical care quality and reach results. Moreover, medical aid standards promotion is directed to patients and doctors' rights protection in the solutions of conflict situations.

**Key words:** *medical health standards, health care modernization.*

Манухина Е.В. – зам. директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Рязанской области по медицинским вопросам.  
E-mail: mev@rofoms.ryazan.ru.

Артемьева Г.Б. – к.м.н., директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Рязанской области.