

Б1.1
М94
1223366

СЕРИЯ
«СТРАХОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ:
ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ»

СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ



Москва
Врисцельс
1993

СЕРИЯ
«СТРАХОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ:
ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ»

И.С.Мыльникова
В.И.Кричагин Е.Н.Индейкин

СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Москва
Присцельс
1993

ББК 65.0(2)261.7

М 946

0605010207-001

М _____

Ц34(03)-93

© Мыльникова И.С.,
Кричагин В.И.,
Индейкин Е.Н., 1992

© Издательство
«ПРИСЦЕЛЬС», 1992

ISBN 5-85324-008-0

Введение

Введение в стране медицинского страхования приведет к росту качества медицинской помощи и усилению социальной защищенности граждан в области охраны здоровья.

При этом распространено мнение, что главными механизмами улучшения медицинского обслуживания будут:

- повышение самостоятельности медицинских учреждений и их ответственности за качество медицинских услуг, развитие систем внутреннего контроля качества;
- контроль за качеством со стороны страховщиков (внешний контроль рублем);
- развитие коллективной инициативы потребителей медицинских услуг (потребительский контроль);
- введение медицинских стандартов, систем лицензирования, аккредитации и аттестации.

Это несколько упрощенное понимание схемы развития событий. Так, в частности, зарубежный опыт говорит о том, что усилия страховых компаний в области контроля ограничиваются сферой их экономических интересов и не распространяются на другие аспекты качества помощи, которые волнуют потребителей в первую очередь (доступность, результативность и т.п.). Отечественный опыт первых организаций добровольного страхования также не дает даже слабых надежд на заинтересованность страховщиков в повышении качества повседневных услуг. Более того, сегодня происходит выхватывание качественных услуг из госсистемы и перепродажа их тем же потребителям, но уже с наценкой.

Что касается надежд на внедрение медицинских стандартов, то и здесь существует много сложных проблем. Командной системе стандарты были не нужны — дефицит заставлял уповать на то, что есть. Сейчас ведутся активные разговоры об аккредитации, стандартизации, издаются приказы и инструкции о том, что пока мало кому знакомо.

Тем более, что согласно зарубежному опыту, подобная регламентация и контроль не являются панацеей от всех бед в области качества медицинской помощи. Стандарты скорее отражают более высокую внутреннюю организацию медицинских учреждений и системы, их контролирующей, а не наоборот — сначала создали стандарт, а потом всех под него подогнали.

На самом деле, качество медицинской помощи возрастет со временем безусловно само по себе. Но в основе этого процесса будут лежать более сложные механизмы.

Свою роль в этом процессе сыграет демонополизация здравоохранения с появлением новых форм собственности, возникновением рыночных отношений и конкуренции, а также переориентация системы оказания медицинской помощи на задачи удовлетворения нужд потребителей, децентрализация управления и финансирования служб здравоохранения, изменение системы их информационного обеспечения. Все это позволит преодолеть структурный кризис в отрасли, обеспечит эффективное использование ресурсов здравоохранения, приведет к укреплению труда медицинских работников — бывших служащих государственного ведомства — и, в конечном счете, приведет к росту качества медицинских услуг.

Однако, пока переход на медицинское страхование продвигается с большим трудом. Одна из причин — отсутствие адекватного информационного обеспечения реформы.

Нужны сериалы, книги, учебники, но не шаблонные, а дискуссионные, спорные, излагающие не только чужой опыт, но выдвигающие идеи, как этот опыт мог бы быть использован в нашей стране. В данном выпуске изложены идеи, касающиеся стандартизации и оценки качества, но не в качестве очередной панацеи — дескать, издадим очередное постановление и «пойдет уж музыка не та», а как изложение и анализ опыта многолетнего творчества других. Наша задача — подтолкнуть

читателя к размышлению о том, что можно сделать в сфере обеспечения качества медицинских услуг в нашей стране. Не уверены, что все изложено так, как хотелось бы, но отклики на первые выпуски нас вдохновляют на дальнейшие действия.

ГЛАВА 1

Качество медицинской помощи

Определение понятия

Граждане бывшего Советского Союза, привыкшие за последние 10 — 15 лет к снижению качества товаров и услуг, достаточно болезненно воспринимают низкое качество медицинской помощи, получаемой ими в лечебных учреждениях. Специальная медицинская литература пестрит публикациями, посвященными попыткам решения проблем удержания качества на приемлемом уровне. Политики и организаторы здравоохранения заняты разработкой различных реформ, цель которых — усилить гарантии социальной защищенности населения в сфере здравоохранения и обеспечить повышение уровня и качества медицинских услуг. Словосочетание «качество медицинской помощи» всем знакомо, и большинство хорошо понимает его смысл на уровне интуиции. Однако, когда речь идет о создании системы, обеспечивающей качественную медицинскую помощь, возникает необходимость дополнить интуитивные представления о качестве четкими определениями этого понятия, а также выработать критерии и навыки оценки качества оказываемой помощи.

Понятие «качество», как и понятие «стандартизация» пришли в здравоохранение из сферы промышленного производства. В пятидесятые годы по

мере появления современных технологий диагностики, профилактики и лечения медицинское обслуживание с экономической точки зрения шаг за шагом стало приобретать черты производства медицинских услуг. Результатом такого производства являются услуги, посредством которых достигаются основные цели здравоохранения — сохранение жизни и достижение возможно высокого уровня здоровья. Эти услуги с годами становятся все более ценным «товаром». Во вторую половину нашего столетия в сфере здравоохранения стали все шире использоваться терминология и понятийный аппарат производственного процесса. Еще недавно у многих медицинских работников эти термины вызвали внутренний протест. Особенно негодовали врачи старших поколений, считавшие медицину «чистым искусством», а на страницах «Медицинской газеты» и в ординаторских велись дискуссии о правомерности применения терминов «медицинская услуга», «стандарты медицинской помощи», «правильность избранной технологии» и т.п. Сегодня, однако, стало очевидно, что здравоохранение — это сложнейшая производственная отрасль, работающая на удовлетворение конкретных запросов населения, и нам уже перестали резать слух слова «потребитель медицинских услуг» (а не больной), «поставщик медицинских услуг» (а не медицинское учреждение), «предоставитель медицинских услуг» (а не медицинский работник) и т.п. Эти понятия расширяют понимание сути здравоохранения как индивидуального или коллективного творческого труда в сфере производства услуг.

Понятие качества товара или услуги в сфере производства и рыночной экономики тесно связано с их потребительскими свойствами. Они должны быть нужными и полезными с точки зрения потребителя. В самом деле, о каком качестве можно говорить, если товар попросту никому не нужен? Поэтому Международная организация по стандартизации (ИСО), а вслед за ней и Госстандарт бывшего Союза, определяют качество, как такую

совокупность свойств продукции, которая придает ей способность удовлетворять конкретные потребности людей. Определение подкупает своей лаконичностью. Одновременно оно дает ключ к дальнейшему углублению понятия качества через расшифровку свойств, упомянутых в определении.

Какие же свойства услуги позволяют ей удовлетворять потребности и можно ли эти свойства измерить, проанализировать, а затем, на основе синтеза полученных данных, сделать вывод об уровне качества этой услуги.

Отметим еще раз, что главное свойство товара — это его полезность с точки зрения удовлетворения определенных потребностей. Однако, этого мало. Потребителю далеко не безразлично, трудно или нет ему достается желаемое, удобно ли им пользоваться, отвечает ли приобретенное вкусам потребителя и т.п. То есть, помимо полезности немаловажными являются такие свойства товара, как доступность во времени и пространстве, экономичность в смысле наличия средств для приобретения, удобства и неудобства при пользовании, надежность, современность, эстетичность и пр. Любая из этих характеристик поддается измерению теми или иными качественными или количественными методами.

Что касается медицинских услуг, то проблема оценки их качества по мере развития медицинских технологий и изменения характера заболеваний все время усложняется. Раньше, когда преобладали острые заболевания, критерии оценки были проще: выздоровел — умер. Сегодня превалируют хронические болезни, при которых эффект лечения крайне разнообразен, а следовательно, оценка качества медицинской услуги стала делом значительно более сложным.

Кроме того, медицинская помощь — это услуга далеко не всегда со знаком плюс. К примеру, в результате лечения, больного спасли от смерти, но у него остался частичный паралич или другое инвалидизирующее последствие болезни. При этом

оценка качества помощи будет зависеть от предпочтений потребителей. Что с их точки зрения желательнее: смерть или продолжение жизни в беспомощном состоянии? Остановить процесс на стадии приемлемого качества жизни — это сложнейшая этическая, правовая и технологическая проблема. Таким образом, определение понятия качества медицинской услуги и его оценка в современных условиях требует новых подходов и критериев.

Исследовательская группа ВОЗ предложила рассматривать этот вопрос системно, выделив три основные компонента качества медицинской помощи:

— адекватность;

— экономичность;

— научно-технический уровень;

которые в свою очередь подразделяются на множество параметров, оцениваемых более конкретно.

Адекватность

Из всех этих компонентов ближе всего к нашему интуитивному представлению о собственно качестве является понятие «адекватность». Автор фундаментального доклада «Обеспечение качества медицинского обслуживания» эксперт ВОЗ Х. Вуори определяет адекватность как показатель соответствия фактически оказанной технологии обслуживания потребностям и ожиданиям населения, относящимся к медицинским проблемам. Так как главная потребность заболевшего — получить помощь, которая приведет к излечению, а если это невозможно, то облегчит страдания и поможет добиться приемлемого «качества жизни», то, считается, что адекватность может быть оценена конечной пользой от применения данной конкретной процедуры. Причем не «вообще», а с точки зрения ее влияния на качество последующей жизни. Иногда вместо термина «адекватность» используют другой термин — «результативность». Понятие «адекватность», очевидно, существенно шире. По мнению многих авторов,

оно включает и характеристики доступности помощи, которая понимается, как возможность получения потребителем необходимой ему помощи в нужное время, в удобном для него месте, в достаточном объеме и в умеренных и приемлемых затратах. Результативность же оценивает только конечный итог.

Экономичность

Когда достигнут результат или положительный эффект, не будет лишним уточнить, во сколько он обошелся. Экономическую эффективность часто определяют соотношением затрат к достигнутым результатам. В эпоху астрономических темпов роста расходов на лечение и диагностику, этот фактор нельзя не учитывать. Даже в высокообеспеченных странах ширится понимание того, что ресурсы общества отнюдь не бездонны, не говоря уже о странах с более скромной экономикой, где каждая копейка на счету. Иначе говоря, не всегда можно считать качественной процедуру, в ходе проведения которой избыточно расходуется много ресурсов. К сожалению, расточительность — одна из характерных черт системы производства-продажи медицинских услуг. Это объясняется тем, что конкретных единиц выхода, поддающихся учету и анализу, в медицинских технологиях не так уж много.

Наряду с экономической эффективностью довольно часто и в отечественной, и в зарубежной литературе анализируется показатель соотношения между фактическими результатами деятельности медицинской службы или программы в реальных условиях и максимально достижимыми результатами, которых может достичь эта же служба (программа), находясь в идеальной для своей деятельности среде.

Следующий график иллюстрирует подход к расчету показателей эффективности медицинских служб (А. Донабеднан, 1988 год).

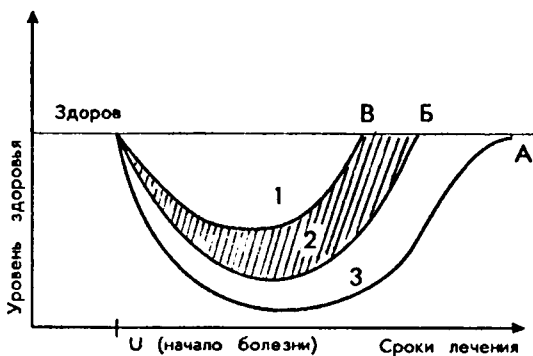


Рис. 1

Кривая «А» описывает условное течение болезни без лечения.

Кривая «Б» — соответствует течению болезни под воздействием лечения, эффективность которого необходимо определить.

Кривая «В» — описывает условное течение болезни, но под воздействием идеально выполняемого лечения.

Утрата здоровья в ходе заболевания под воздействием фактически проводимого лечения равна площади фигуры «1+2». Эффект от лечения соответствует площади фигуры «3». Утрата здоровья при идеальном лечении равна площади фигуры «1»; эффект от идеального лечения соответствует площади фигуры «2+3».

Показатель эффективности определяется как частное от деления площади фигуры «3» к сумме площадей обеих фигур «2» и «3» —

$$\text{Эффективность} = \frac{S_3}{S_2 + S_3}$$

Как видно, для исчисления показателя эффективности необходимо иметь статистическую информацию о всех трех вариантах течения болезней у представителей конкретной популяции.

Этот метод определения эффективности использует в своем арсенале санитарная статистика и

общественное здравоохранение. К примеру, он может быть полезным для оценки качества прививочной работы при профилактике инфекционных болезней в определенном регионе.

Научно-технический уровень

Современность применяемых методов лечения, диагностики, профилактики также является важным компонентом качества. Она позволяет ответить на вопрос, насколько полно при оказании помощи были учтены современные достижения в области медицинских знаний и технологий. Довольно часто для такой оценки привлекают имеющиеся разнообразные разработки, правила, инструкции и стандарты. Вместе с тем, далеко не всегда следование этим документам, пусть даже разработанным по последнему слову науки приводит к наилучшим результатам с точки зрения воздействия на здоровье населения. Графическая иллюстрация взаимосвязи между полезностью медицинской помощи и ее научно-техническим уровнем представлена на следующей схеме.

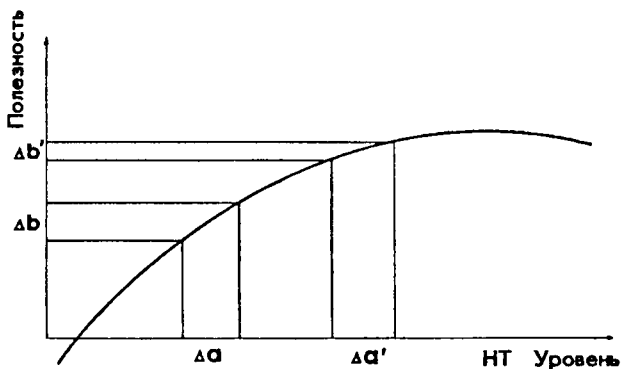


Рис.2

Полезность медицинских служб и их научно-технологический уровень (Х. Вуори, 1985 год).

Медицинская помощь очень низкого уровня не может принести ощутимой пользы здоровью пациентов, более того, она может им повредить.

По мере приближения к определенному уровню, даже небольшие шаги в сторону использования более современных средств приносят большую пользу ($\Delta b/\Delta a \rightarrow \max$). Такая картина наблюдается, например, в развитых странах, где при разумном использовании современных методов диагностики и лечения добиваются существенного улучшения здоровья населения.

Однако по мере нарастания использования сложных технологий постепенно начинает действовать закон уменьшающейся отдачи ($\Delta b/\Delta a \rightarrow 0$). А именно, каждый последующий шаг по использованию в практике той или иной медицинской службы все более новых, современных достижений приводит к все меньшему приросту полезности с точки зрения положительного воздействия на здоровье пациентов. И, наконец, с определенного момента «избыточность медицинского вооружения» перестает положительно влиять на результаты лечения, а иногда может приносить прямой или косвенный вред.

Так неверное применение современной медицинской сложнейшей техники позволяет месяцами и даже годами поддерживать только биологическое существование организмов безнадежных пациентов, состояние которых, не дает никакой надежды на восстановление качества жизни. При этом стоимость продлеваемой таким образом жизни может поглотить средства, достаточные для спасения жизни десяткам и сотням других пациентов, которым в критическую минуту может не хватать именно этих средств.

Другой пример. Новейшие диагностические процедуры и тесты повышают точность диагностики до такой степени, которая бывает не нужна с точки зрения ее возможного влияния на выбор тактики и методов лечения, когда прибавка информации уже ничего не дает. Но избыточная диагностика способна как очистить карманы всех членов

семьи пациента, так и «пустить на ветер» любой местный бюджет здравоохранения. Сегодняшние предложения коммерсантов, провести всем, кто может платить, обследования на компьютерном томографе, ультразвуковом сканнере и т.п. — типичный пример такой разорительной диагностики. Каждый дорогой прибор или метод дает эффект только, если его применять разумно, на основе четких показаний.

Кроме того, избыточная информация в неумелых руках может даже повредить, увеличивая возможность ошибок и затрудняя поиск ключевых параметров выбора тактики лечения.

Эти примеры демонстрируют, что для определения качества помощи необходимо не только оценивать каждый из компонентов качества, но и анализировать их взаимодействие, выделять приоритеты и т.п.

Далеко не все факторы лечебно-диагностического процесса поддаются математической обработке, строгому логическому анализу и стандартизации. К примеру, способность врача вызвать у больного желание сотрудничать и, в частности, выполнять врачебные назначения, вселить в него веру в успех, помочь ему увидеть перспективу возвратиться в число полноправных членов общества, научить семью поддерживать больного, — это уже относится к области межличностных отношений. В медицине такие отношения играют важнейшую роль, но обычно не являются объектом рассмотрения при оценке качества медицинской помощи.

Поэтому известный теоретик в области качества медицинской помощи А. Донабедиан предлагает выделить понятие «техническое качество», компоненты которого (адекватность, экономичность, научно-технический уровень) поддаются оценке и анализу, подтверждая тем самым наличие другой, иррациональной составляющей качества, на оценку и стандартизацию которой никто не претендует.

Обеспечение качества медицинского обслуживания

Современное производство характеризуется стремлением к высокому уровню качества выпускаемой продукции, что обеспечивает ее высокую конкурентоспособность на рынке. Сегодня доля дефектных деталей к общему числу произведенного на многих производствах других стран составляет 0,3 и даже 0,03%. Такие поразительные результаты были достигнуты путем разработки и внедрения на производствах систем управления качеством, основы которого были заложены в трудах американцев Дж. Джурана и Демикта более сорока лет назад. Менеджеры всех стран уделяют теперь огромное внимание использованию комплексов мер, необходимых для обеспечения гарантий и уверенности в высоком качестве производимой продукции. Их называют системой обеспечения качества. При этом современные менеджеры убеждены, что наличие хорошего проекта, разработка и использование надежных технологий гарантирует высокое качество и является стержнем систем обеспечения качества.

В 1987 году десять крупных японских корпораций объединились в поисках путей выхода на полностью бездефектное производство. Одно из направлений поиска сводится к осуществлению следующего принципа: каждый узел изделия собирается из деталей, специально изготовленных для данного конкретного изделия. Если при обработке детали обнаруживаются отклонения, то компьютерная система управления технологическим процессом автоматически корректирует параметры других деталей для нивелировки этих отклонений.

Подобные подходы не могут быть автоматически распространены на сферу производства и потребления услуг и, особенно, на медицинское обслу-

живание, где конечный результат — удовлетворенность потребителя качеством медицинской помощи — во многом зависит от возможности потребителя воспользоваться в полной мере всем, что дает та или иная медицинская услуга. Всегда есть группа пациентов, исчерпавших свои резервы по борьбе с болезнями, помочь которым не может ни уникальный специалист, ни сверхсовременные методы лечения.

Настоящий раздел посвящен основным подходам к обеспечению качества медицинского обслуживания: структурному и процессуальному.

Структурный подход к обеспечению качества

Никто не будет отрицать, что наличие компетентного медицинского персонала и современно оснащенных и высоко организованных медицинских учреждений является важным условием, позволяющим надеяться на хорошее медицинское обслуживание с хорошими результатами лечения.

Одновременно, несоблюдение хотя бы минимальных структурно-организационных требований (стандартов) к кадровым и материальным ресурсам медицинских служб и порядку их использования может вызвать ухудшение качества помощи. Государства многих стран взяли на себя обязательства перед своими гражданами оградить их от тех поставщиков медицинских услуг, которые не удовлетворяют хотя бы минимальным структурным стандартам и не обеспечивают необходимых гарантий надежности системы оказания медицинской помощи.

Для этого в большинстве стран заведено лицензирование медицинских работников и медицинских учреждений, являющееся правительственной деятельностью по выдаче разрешений заниматься профилактикой, диагностикой, лечением и реабилитацией больных. В основе лицензирования лежит оценка компетентности специалистов и инфраструктур-

туры медицинских учреждений в сравнении с установленными требованиями к ним. Довольно часто такого рода оценку проводят национальные медицинские объединения (ассоциации), которые доводят ее результаты до сведения государственных лицензионных комитетов.

Так, к примеру, чтобы получить право на занятие медицинской практикой во Франции, необходимо выдержать испытание и быть принятым во французскую медицинскую ассоциацию.

Создание структурно-организационных гарантий надежности систем оказания медицинской помощи лежит в основе одного из подходов к обеспечению качества продукции, называемого структурным.

Процессуальный подход к обеспечению качества

Уже отмечалось, что качество медицинских услуг определяется также использованием современных и надежных технологий профилактики, диагностики и лечения. Разработка таких технологий и стандартов на них, строгое следование на практике этим стандартам обеспечивает создание технологических гарантий надежности системы оказания медицинской помощи, лежит в основе другого подхода к обеспечению качества медицинских услуг, именуемого процессуальным.

Важный принцип, лежащий в основе процессуального подхода к системе обеспечения качества — это создание таких условий, когда ошибка конкретного исполнителя или случайное отклонение от нормального течения процесса производства не приводят к выпуску некачественной продукции.

Разработка и сочетание использования мероприятий по обеспечению качества в рамках структурного и процессуального подходов позволяют с высокой степенью вероятности рассчитывать на приемлемое качество медицинского обслуживания. Важную роль в осуществлении этих мероприятий иг-

рают медицинские стандарты, к рассмотрению которых мы переходим в следующих разделах.

ГЛАВА 2

Стандартизация в медицине

Стандартизация в сфере производства товаров и услуг

Стандартизация уходит своими корнями в глубокую древность. Тысячи лет назад при строительстве жилищ, изготовлении предметов домашней утвари, инструментов, снаряжения и т.п. люди, выделяя лучшие образцы сделанного, наиболее удачные приемы работы, многократно повторяли их, запоминали и передавали из поколения в поколение. Лопата, жернов, элементы строительных конструкций, сапожная колодка — все это первые стандарты, закрепившиеся в опыте и традициях. Каждый из них представлял собой оптимальное решение той или иной типовой технологической задачи с точки зрения получения максимальной пользы в конкретных условиях и при минимальном расходовании сил и материалов.

Сама постановка задачи — получить максимальную пользу при минимальных издержках — содержит в себе серьезное противоречие. Ведь очевидно, что экономия человеческих и материальных ресурсов в процессе производства часто ведет к ухудшению качества продукции с точки зрения потребителя. Однако в старые времена господства натурального хозяйства, когда производитель и потребитель были одним и тем же лицом, это противоречие не выявлялось. Люди без труда на уровне интуиции определяли равновесие интересов пользы и инте-

ресов экономии, которое мы сегодня именуем латинским словом — optimum.

Дальнейшая специализация производства привела к росту числа циклически повторяющихся технологических процессов, лежащих в основе изготовления достаточно большого количества типовых изделий и деталей. Специализация привела к созданию новых форм организации ремесла. Появились артели, цеха, гильдии, братства, сотни, явившиеся прообразами современных профессиональных объединений. Ремесленники определенных специальностей часто селились отдельно, что оставило о себе память в названиях улиц многих городов. Они совместно решали свои дела, а для управления избирали совет или старосту. Одной из главных задач таких объединений была защита интересов своих членов путем борьбы за предоставление им правовых, таможенных, налоговых и иных льгот. Немаловажной задачей было развитие и совершенствование профессиональных стандартов, а также обучение им новых поколений мастеров. При этом основной целью при разработке стандартов было — добиться предельной экономии ресурсов при производстве товаров приемлемого для потребителя качества. Как видно, в то время чаша весов, определяющих баланс интересов производителя и потребителя при разработке и применении стандартов, склонилась в сторону производителей.

С развитием рынка и созданием централизованных государств возникла потребность в единой системе средств общения между всеми заинтересованными в производстве и обмене сторонами. Стандартизация обеспечила решение этой задачи с помощью введения общенациональных и международных систем мер и весов, государственных денежных систем с единой чеканкой монет, с одинаковым содержанием металла.

Практика государственных заказов с ее высокими требованиями к качеству закупаемой продукции и условиям поставок стимулировала переориентацию области стандартизации на решение задач

по защите интересов потребителя на основе стабильного обеспечения требуемого уровня качества товаров и услуг. Так при Петре Первом появились всевозможные инструкции, предписывающие, как следует проводить конкретные хозяйственные и ремесленные работы. Особенной регламентации подвергались производства, обеспечивающие государственные заказы.

Промышленные революции XVIII — XX веков явились мощным толчком к дальнейшему развитию стандартизации, что связано с резким расширением видов деятельности, имеющих дело с повторяющимися технологическими процессами, и созданием общемирового рынка сырья, материалов, товаров, а позже и услуг.

Первый пример применения единой технологической нормы в международном масштабе — это введение в 1841 году винтовой резьбы, разработанной Витвортом. Этот стандарт применялся во многих странах мира на протяжении почти ста лет. Он явился блестящим решением задачи по созданию простого и эффективного приема скрепления деталей с помощью специальной крепежной детали — стержня с головкой и стандартной резьбой, называемой винтом. (Витворт предложил профиль винтовой нарезки.)

Другой пример одного из первых международных стандартов — это температурная шкала, характеризующая состояние вещества. В середине XX века направления стандартизации распространяются в сфере охраны труда и техники безопасности при производстве и эксплуатации продукции, а также на защиту интересов третьих сторон, в частности, окружающей среды. Ужесточаются требования по организации надежной защиты интересов потребителей, что привело, в частности, к разработке международных стандартов по обеспечению качества продукции. Так, международные стандарты ИСО 9000 — ИСО 9004, ИСО 8402, принятые Международной организацией по стандартизации (ИСО) в марте 1987 года и изданные под единой рубрикой

«Управление качеством продукции», отражают концентрированный международный опыт по управлению качеством продукции на предприятиях. В зарубежной практике считается, что следование поставщиков требованиям стандартов ИСО серии 9000 обеспечивает надежные гарантии того, что поставщик способен обеспечить стабильное качество продукции.

Таким образом, в современном обществе стандартизация служит интересам и потребителей товаров и услуг, и их производителей. Сегодня она позволяет обеспечить:

- предельную экономию человеческих и материальных ресурсов при производстве (за счет сокращения неоправданного многообразия, ликвидации стихийности), а также выбор оптимального решения;
- защиту интересов потребителя на основе стабильного обеспечения требуемого уровня качества товаров и услуг (например, с помощью создания системы аттестации товаров на соответствие стандартам);
- охрану здоровья населения и безопасность труда (путем разработки и законодательного подтверждения правил безопасности: использование спецодежды, очков, ремней безопасности, соблюдение требований противопожарной защиты и др.);
- создание средств выражения идей и общения между заинтересованными сторонами (проектные стандарты, коды, словари единых технических терминов и прочее).

Чтобы служить перечисленным выше целям, стандарты должны:

- объективно отражать действительность;
- содержать оптимальное решение задачи;
- быть практически выполнимыми;
- быть стабильными и, одновременно, динамичными;
- обладать организующей ролью;
- обеспечивать преемственность при организации процесса производства.

Стандарты принимаются уполномоченными на то компетентными организациями и оформляются в виде законов, нормативных актов или рекомендаций, содержащих описание ряда норм и требований, подлежащих или рекомендуемых к выполнению, или в виде эталонов (образцов) или констант (перечня свойств, признаков) для производства измерений путем сравнения (например, платиновый эталон, соответствующий 1 метру длины, использовавшийся в качестве стандарта до 1960 года, ампер, абсолютный ноль). Стандарт требует обязательного законодательного подтверждения, если он касается здоровья и безопасности людей.

В зависимости от объекта стандартизации различают три основных типа стандартов: организационно-методические, общетехнические и стандарты на однородную продукцию. К первой группе относится, к примеру, положение о работах по стандартизации. Общетехнические стандарты включают научно-технические термины, условные обозначения, классификации, общие требования к соединениям, измерениям и пр. Стандарты на однородную продукцию определяют характеристики товаров и услуг, включая описание размеров, типов, сортов продукции и т.п.

Стандарты могут быть принятыми и действовать на территории нескольких стран (международные стандарты), на территории одной страны (национальные стандарты), в рамках одной отрасли (отраслевые стандарты), в рамках одного предприятия (локальные стандарты).

В современном мире стандартизация проникла во все сферы общественной жизни, ибо все процессы, происходящие в человеческом обществе, содержат в качестве составных элементов повторяющиеся явления, управление которыми требует выработки и применения оптимальных норм и понятий. Однако, несмотря на длительную историю и широкое распространение деятельность по стандартизации содержит много сложных, не решенных до конца проблем. Их рассмотрение показывает, что

стандартизация не должна восприниматься, как универсальное и сверхнадежное средство по обеспечению качества и безопасности. К сожалению, ее возможности ограничены.

Стандарты и надежность

Опыт использования стандартов в технике показал, что сколько бы требований и норм не было включено в стандарт, никогда нельзя быть уверенным в том, что в стандарте учтены все факторы, определяющие функционирование данного объекта стандартизации в самых разнообразных условиях в соответствии с индивидуальными нуждами непосредственных потребителей. Поэтому в современные стандарты помимо перечня конкретных показателей, характеризующих качество продукции, включают требование соответствия продукции своему назначению, выраженное в самом общем виде, которое не конкретизируется в чертежах, технологиях и т.п. Подтверждением того, что это требование стандарта выполнено, являются результаты разнообразных испытаний, а также анализ отзывов потребителей. При обработке этих данных используются математические методы из теории вероятности. Очевидно, что в сфере услуг, отличающейся многообразием индивидуальных нужд потребителей и невозможностью проведения необходимых испытаний, проблема надежности стандартов не может иметь абсолютного и удовлетворяющего всех решения.

Стандарты и индивидуальные потребности

В настоящее время в сфере производства и потребления на первое место выходят индивидуальные запросы потребителей. Достигнув успехов в предложении надежных методов типизации и уни-

фикации, стандартизация не может теперь не учитывать современных требований по удовлетворению индивидуальных потребностей с ориентацией на конечный результат — удовлетворить потребности конкретных лиц. Попытка разработать разнообразные индивидуальные нормы и требования не может учесть всех возможных запросов конкретных потребителей. Понимание этого, как и при решении предыдущей проблемы, привело к включению в стандарты требования соответствия продукции своему назначению, выраженному в самом общем виде. Иначе говоря, в стандартизации намечается тенденция отказа от детальной регламентации, которая все равно не может учесть все аспекты, касающиеся потребления товаров и услуг конкретными потребителями. Одновременно акцентируется внимание на требовании обеспечения благоприятных конечных результатов, характеризующих удовлетворенный потребительский спрос.

«Старение» стандартов

Много лет ученые разных стран ведут спор о том, что должны отражать стандарты — идеальные критерии, разработанные с учетом самых последних достижений науки и техники, или критерии, полученные в результате использования наиболее распространенных производственных технологий. Ориентация на идеальные критерии делает стандарты невыполнимыми. Настойчивое закрепление в стандартах достигнутого уровня производства может оказаться тормозом для дальнейшего развития. Проблема решается путем периодической оценки стандартов, их регулярным пересмотром. Однако примеров удачных решений мы сможем найти не так уж много.

Остановимся на некоторых проблемах, актуальность которых велика также и в сфере производства, и потребления медицинских услуг.

На этапе перехода к медицинскому страхованию многие придают большое значение деятельности по стандартизации в области оказания медицинских услуг в системе медицинского страхования, считая ее надежным средством защиты интересов потребителей. Насколько эта надежда оправдана, попытаемся ответить в следующем разделе.

Стандартизация медицинского обслуживания

Общие сведения

Стандартизация распространялась на сферу оказания медицинских услуг, начиная с конца XIX — начала XX веков. Однако, особую активность деятельность по разработке и использованию стандартов в сфере медицинской помощи приобрела во второй половине XX века. Это было связано, в первую очередь, с процессами специализации в медицине и бурным ростом медицинских технологий.

Сегодня среди стран наибольшей активностью отличается деятельность по стандартизации в США, хотя родиной многих стандартов является Европа. В Азии в технической стандартизации лидирует Япония. Но движение за стандартизацию в области медицины целиком родилось в США, где взлет стоимости медицинских услуг был наивысшим, и к семидесятым годам США стали самой расточительной страной в этой области. Первоначально инициаторами деятельности по стандартизации были медицинские работники, но вскоре инициативу перехватили экономисты здравоохранения, увидевшие угрозу неконтролируемого роста затрат на охрану здоровья и лечение. Так и образовался союз врачей, экономистов, математиков-системщиков, которые стали изучать здравоохранение как быстро растущего потребителя национального дохода.

Изначально организующую и координирующую роль в разработке медицинских стандартов играли профессиональные медицинские объединения. Особую активность проявляли профессиональные организации хирургов, анестезиологов, а также других, как у нас принято говорить, «узких» специалистов, чья помощь обычно конкретна и легко учитывается. Крайне осторожную позицию в отношении стандартизации медицинских услуг заняли объединения врачей — общих практиков, работающих в разнообразной сфере первичной медицинской помощи. В настоящее время в большинстве стран созданы национальные институты по стандартизации, которые тесно сотрудничают с соответствующими профессиональными объединениями медиков и медицинскими учебными заведениями.

Последние десятилетия к разработке стандартов, касающихся безопасности пациентов и медицинских работников, охраны окружающей среды, организации служб медицины катастроф и т.п., активный интерес проявляют правительственные организации. Этим стандартам придается статус законов, за их соблюдением следят органы государственного надзора.

В некоторых областях медицины, связанных с повышенным риском для работников и потребителей услуг (рентгенорадиологии, фармакологии, стоматологии и пр.), деятельность по стандартизации приобрела международный масштаб. Так, к примеру, в 1963 году Международная организация стандартов (ИСО) учредила специальный технический комитет, координирующий деятельность национальных организаций по стандартизации в стоматологии. Комитет имеет семь подкомитетов и обеспечивает стандартизацию всех видов стоматологических материалов и аппаратуры. Он тесно сотрудничает с международной стоматологической ассоциацией, которая осуществляет необходимые для разработки стандартов клинические испытания. Совместная группа ИСО и ассоциации проводит биологическое тестирование материалов и паст. Разработанные техническим ко-

митетом 106 стандартов содержат требования к материалам (аппаратуре), методы и тесты, измеряющие их.

Путь разработки международных стандартов извилист и долог. В его основе — технические факторы и дипломатия. Ибо понятие об оптимальном решении проблемы, лежащем в основе стандарта, носит национальную окраску и зависит не только от уровня развития технологии, но и от имеющихся ресурсов и предпочтений. При этом выбор делают политики и граждане, предпочитающие тот или иной стиль жизни и тот или иной характер потребления медицинских ресурсов.

В результате многие страны, принимая международные стандарты за основу, вносят в них необходимые коррективы, зависящие от национальных особенностей.

Виды стандартов медицинской помощи и их характеристики

Результатом активной деятельности по стандартизации в сфере здравоохранения стали разработка и внедрение сотен и даже тысяч разнообразных стандартов медицинской помощи. Представленная ниже таблица поможет читателю сориентироваться в этом разнообразии, выделить закономерности и тенденции развития стандартизации в сфере производства и потребления медицинских услуг.

По обязательности выполнения требований различают:

- рекомендательные стандарты;
- законодательные стандарты.

По уровню в общей иерархии и области применения различают: локальные, региональные, национальные, международные стандарты.

Виды медицинских стандартов

Виды стандартов	Область применения стандартов			
	Первичная медико-социальная помощь	Специализированная помощь	Больничная помощь	Долговременная помощь
1. Стандарты на ресурсы здравоохранения	+	+	+	-
2. Стандарты организации медицинских служб и учреждений	+	+	+	-
3. Технологические стандарты	-	+	+	-
4. Стандарты программ медицинской помощи	- +	+	+ -	-
5. Медико-экономические стандарты	-	-	+	-
6. Комплексные стандарты	-	-	-	-

Стандарты на ресурсы здравоохранения содержат требования к квалификации специалистов-медиков, к недвижимости и оборудованию медицинских учреждений, к используемым медикаментам и ма-

териалам, а также требования к их изготовлению, хранению, подготовке, использованию и т.п. Примерами таких стандартов являются квалификационные требования к специалистам, программам их обучения и аттестации, требования к медицинским зданиям (сооружениям) и стандарты на их проектирование, требования к производству и испытанию лекарственных средств и многое другое. Стандарты на ресурсы здравоохранения разработаны достаточно хорошо, они часто имеют силу закона. Многие из них имеют национальный и даже международный статус.

Организационные стандарты содержат требования к системам организации и эффективного и безопасного использования ресурсов здравоохранения. Они касаются систем управления, организации лечебного процесса, информационного обеспечения, программ контроля качества и обеспечения безопасности медицинских учреждений. Часто организационные требования и требования к ресурсам принимают и издают как единые структурно-организационные стандарты.

Структурно-организационные стандарты играют роль в создании структурных гарантий и являются важным механизмом обеспечения качества медицинской помощи. Во многих странах структурно-организационные стандарты используются при решении вопроса о выдаче лицензий, а также при текущих проверках, выполняемых органами государственного надзора. Стандарты, касающиеся обеспечения безопасности при использовании ресурсов здравоохранения, имеют, как правило, законодательную силу.

Примером структурно-организационных стандартов являются стандарты аккредитации американских больниц. Подробнее с программой и стандартами аккредитации американских больниц читатель познакомится в приложениях к данному выпуску.

Структурно-организационные стандарты неплохо разработаны во всех сферах медицинского обслуживания. Особое внимание уделяется их разработке при использовании дорогостоящих ресурсов или для

служб, требующих особых мер безопасности (рентгенорадиологические отделения, лаборатории по диагностике СПИДа и т.п.).

Технологические стандарты регламентируют процесс оказания медицинской помощи. Несмотря на строго индивидуальный характер этого процесса, в нем можно выявить некоторые более или менее постоянные основные компоненты.

В типичном случае «производственная линия» по оказанию медицинской помощи включает: сбор анамнеза, физикальное исследование больного, ряд диагностических и лечебных процедур, услуги по уходу и реабилитации и т.п. Каждая из перечисленных составляющих является как бы технологической единицей процесса оказания медицинской помощи и выполняется в соответствии с установленными традициями или письменными правилами.

Эти правила могут носить рекомендательный характер, а могут и быть оформленными в виде требований для неукоснительного исполнения в рамках медицинского учреждения (локальный стандарт), территории (региональный стандарт), государства (национальный стандарт). Требование может исходить от руководства учреждения, от региональной или национальной медицинской ассоциации. Невыполнение таких рекомендаций и требований в случае неудачного исхода лечения и возбуждения судебного иска может рассматриваться судом как нарушение, приведшее к печальным последствиям.

В ряде случаев технологический стандарт имеет законодательное подтверждение, и его несоблюдение преследуется по закону. Это касается, в первую очередь, технологических стандартов при применении травмирующих методов обследования и лечения, при осуществлении так называемых «терапевтически агрессивных» методик, характеризующихся относительно высоким риском возникновения неблагоприятных побочных эффектов, а также при оказании помощи определенным контингентам больных.

Жесткой регламентации подлежат условия применения травмоопасной техники и выполнения инвазивных и рентгенорадиологических методов обследования и лечения, применение ряда сильнодействующих медикаментозных препаратов, а также препаратов крови, условия наблюдения и лечения пациентов с опасными инфекционными болезнями, определенной категории больных с психическими расстройствами и т.п. Очевидно, что главным требованием при разработке таких стандартов является требование безопасности. При этом имеется ввиду безопасность для пациентов, медицинских работников, посетителей больницы, родственников больных и всех окружающих лиц.

К примеру, в технологические стандарты хирургических методов обследования и лечения, как правило, включают: показания для проведения хирургической операции, описание техники операции, требования к проводимым внутриоперационным исследованиям, порядок взятия и направления кусочков органов и тканей на гистологическое исследование, а также объем необходимых исследований, производимых с этими материалами в лабораториях, перечень и частота возможных осложнений операции, статус выписки больного после лечения (обследования), правила оформления медицинской документации.

Широко применяются стандарты сверхсовременных дорогостоящих медицинских технологий. При их разработке приоритеты отдаются обеспечению медицинской и экономической эффективности используемых методик.

В технологические стандарты, как правило, включается описание процедур, которые позволяют выявить грубые отклонения качества оказываемой медицинской помощи. Так, предписываемый хирургическими стандартами гистологический анализ удаленных органов и тканей позволяет выявить случаи расхождения до- и послеоперационного диагнозов.

Технологические стандарты чрезвычайно широко используются в высокотехнологичных областях ме-

дицины (специализированная, больничная помощь) и гораздо реже — в сфере первичной медико-социальной и долговременной помощи, которая не отличается насыщенностью высокими технологиями.

Внимательный читатель заметил, что требования, включаемые в стандарты хирургических операций, касаются не только их технологии, но и описывают возможные результаты. Однако, попытки разработать стандарты результатов медицинского обслуживания сталкиваются с серьезными методологическими проблемами.

Так, в эпоху, когда в медицинской практике превалировали острые, в принципе излечимые болезни, учитывать показатели результативности медицинских служб было не трудно: умер, выжил, выписан с улучшением. Однако, в настоящее время, когда превалируют хронические болезни, критерии результатов стали многообразнее.

Так с давних времен в медицине широко использовались в качестве показателей дефектности производства — показатели смертности. Теперь же, когда медики сталкиваются, в основном, с хроническими болезнями, гораздо реже приводящими к смертельному исходу, учет результатов по показателю смертности нельзя считать исчерпывающим критерием характеристики качества медицинской помощи. Возникла острая необходимость в разработке новых показателей и критериев.

Например, при оценке деятельности больниц во многих странах пытались анализировать данные об изменении состояния больных при выписке в сравнении с состоянием при поступлении. Для этого врачи обязывались фиксировать в историях болезни свое мнение о результатах правильного лечения (выздоровление, улучшение, без изменений, ухудшение, смертельный исход). Многочисленные исследования показали, что практическая значимость подобного метода количественной оценки почти равна нулю.

Дальнейшая разработка критериев для оценки медицинской помощи в стационарах и амбулаториях потребовала четкой формулировки того, что пред-

ставляет собой конечный результат деятельности той или иной медицинской службы с точки зрения ее влияния на здоровье разных групп обслуживаемых жителей. К примеру, успех деятельности службы онкологии следует оценивать не только по показателям больничной летальности или послеоперационных осложнений, но, главным образом, по средним срокам длительности жизни после операции, по частоте рецидивов, а также по качеству жизни прооперированных или пролеченных пациентов. Ибо, вряд ли можно считать успехом лечения только календарное продление жизни и страданий больного.

Вместе с тем, на сроки дожития и качество жизни пролеченных онкологических больных влияют и факторы, не зависящие от оперирующего хирурга или терапевта: характер заболевания и его запущенность, наличие сопутствующей патологии, эффективность химио- и радиотерапии, симптоматического лечения и т.п. Влияние этих факторов должно быть изучено и вычленено при расчете показателей результатов деятельности онкологов. Всем ясно, сколь бесконечно сложны подобные оценки.

И, наконец, производя стандартизацию результатов, нужно достичь уверенности, что полученные показатели являются статистически достоверными, а не отражающими только случайные единичные наблюдения. Как правило, достоверные материалы можно получить только при анализе собранных больших баз данных. Очевидно, это обстоятельство может затруднить оценку результатов деятельности небольших медицинских учреждений (больниц с конечной мощностью менее 100 коек, специализированных отделений больниц и т.д.). Для таких случаев приходится искать особые приемы для объединения и математического анализа массивов данных. Если, к примеру, речь идет об анализе госпитальной летальности среди больных определенного профиля, то валидность данного метода будет зависеть от числа пациентов, поступивших в больницу с конкретным диагнозом при учете местного

показателя ожидаемой смертности среди этой группы больных. Предположим, что ежегодно в больницу поступает около 200 больных с острой пневмонией, ожидаемая летальность среди них составляет — 1%, иначе говоря, в среднем — 2 человека в год. В этом случае очевидно, что увеличение (уменьшение) числа умерших на 1 — 2 человека в год (а это может быть следствием чистой случайности) приведет к резкому отклонению показателя летальности в худшую (лучшую) сторону. Поэтому исследователи вынуждены учитывать летальность за несколько лет, что делает метод нечувствительным к кратковременным воздействиям.

Методологические проблемы в области стандартизации результатов являются предметом заботы современной медицинской статистики. С одной стороны, уточняются подходы к использованию традиционных показателей и критериев, сложившихся на этапе борьбы с устранимой смертностью от острых и других излечимых болезней и их осложнений, а также со связанными с этими болезнями трудопотерями. С другой стороны, меняется набор показателей, подлежащих учету для характеристики работы лечебных единиц.

В эпоху второй и третьей эпидемиологических революций, которые завершились в развитых странах к восьмидесятым годам нашего столетия, когда многие страны в борьбе за увеличение продолжительности жизни приблизились к биологической черте, которую человечество не может преодолеть как вид, и таким образом исчерпали резервы продолжения жизни, — показатели, характеризующие различные негативные демографические процессы, явно недостаточны для оценки деятельности национальных систем здравоохранения.

Если решена проблема предотвращения преждевременных смертей, то возникает вопрос о том, каково качество продленных жизней. Новые критерии должны позволить ответить на этот вопрос. Среди них, к примеру, показатель средней ожидаемой продолжительности жизни без болезней (в

годах), разнообразные оценки общего качества жизни, индекс психического здоровья и многие другие. Однако вернемся к технологическим стандартам.

Стандарты программ медицинской помощи регламентируют проведение комплекса медицинских мер, осуществляемых для определенных групп пациентов, объединенных по характеру заболевания, возрасту, полу, социальному статусу, профессии и условиям труда и т.п. К примеру, программа лечения больных со стафилококковой пневмонией, план ведения беременности у старой первородящей, программа диспансеризации людей, прибывших из малярийных районов и пр.

Этим стандартам редко придается статус законов. В европейской практике их часто называют модельными программами медицинского обслуживания, программами лечения, программами медицинского обслуживания и т.п. Они включают в себя рекомендации в отношении комплекса мер, которые следует предпринимать различным категориям медицинского персонала на разных уровнях для профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных с определенной патологией. Такие программы хорошо разработаны в военной медицине.

В нашей стране программы медицинского обслуживания для различных контингентов пациентов распространяются в форме приказов Министерства здравоохранения и других органов и в форме методических рекомендаций, разработанных научными и учебными медицинскими институтами.

Считается, что осуществление программ лечения является чисто европейским подходом к обеспечению качества медицинского обслуживания. Особенно широко они применяются в бывших социалистических странах. Последние годы интерес к программам лечения проявляют в Скандинавии, Финляндии, при их разработке и внедрении стремятся решить следующие задачи:

— уменьшить дублирование работы медицинских служб;

- сократить продолжительность стационарного лечения;
- повысить безопасность больных;
- усилить защиту медицинских работников от несправедливых обвинений;
- обеспечить механизм для оценки необходимых ресурсов.

Медицинская общественность очень осторожна в отношении использования разработанных программ обслуживания. Так, общие практики большинства стран едины в мнении, что использование программ обслуживания на уровнях первичной медико-социальной помощи крайне затруднено. При этом они не отрицают полезности разработки и применения структурно-организационных и отдельных технологических стандартов. Это объясняется тем, что первичная помощь означает нечто большее, чем просто диагностика и лечение болезней. Первичная помощь касается не столько того, что больной «имеет», сколько того, что он испытывает. То есть этот вид помощи больше касается самих людей, чем их болезней и угрожающих жизни состояний. А как известно, нет двух одинаковых людей. Помимо этого, у амбулаторных больных значительно реже устанавливаются конкретные диагнозы.

Что касается стационаров и служб специализированной помощи, то здесь деятельность по разработке программ обслуживания отличается большей активностью. Это связано с тем, что пациенты поступают в стационар или направляются на прием к специалисту для решения конкретных задач по диагностике и лечению после предварительного отбора, осуществляемого специалистами первичной помощи. В большинстве случаев врачи-специалисты имеют дело с ограниченным числом заболеваний, синдромов и состояний, угрожающих здоровью и жизни пациентов. По мнению большинства, плохо поддаются стандартизации услуги по уходу в стационарных учреждениях, а также осуществляемые амбулаторно и на дому.

При разработке стандартов программ обслуживания возникают разнообразные методологические проблемы. Чрезвычайно важным и ответственным является определение порядка отбора процедур и методик для включения в стандарт. При разработке программ обслуживания наблюдается четкая тенденция к использованию слишком большого числа диагностических процедур.

Один из теоретиков в области качества в медицине Х. Левис предлагает в отношении каждого из элементов, включаемого в программу ответить на серию вопросов:

1. Необходима ли данная диагностическая процедура для постановки диагноза «Х»? Какую точность диагностики она обеспечивает?
2. Какие диагностические процедуры включены для того, чтобы выявить причины, лежащие в основе заболевания «Х»?
3. Какие диагностические процедуры включены для того, чтобы выявить возможные осложнения заболевания «Х»?
4. Какие исследования включены с целью разработки плана лечения?
5. Какие исследования включены потому, что врач ожидает перевода больного в другое, более престижное лечебное учреждение?
6. Сколько исследований включается в связи с необходимостью осуществлять меры «защищенной медицины»?
7. Какие исследования проводятся с учебными и научными целями?

Ответы на эти вопросы позволяют выявить те диагностические процедуры, которые служат не обеспечению качества, а иным целям.

Многие клиницисты категорически возражают против такого подхода к разработке программ медицинского обслуживания, особенно, если речь идет о диагностике. Они справедливо говорят: «Зачем нужна программа диагностики, если уже есть готовый диагноз? Если же нет диагноза, то кто

подскажет, какую из программ следует выбрать?»
Иначе говоря, чему помогает программа — постановке диагноза или ретроспективному анализу того, правильно ли осуществлялся диагностический процесс? А ведь уже известно, диагностике помогают схемы, построенные по принципу алгоритмов, а не в виде перечней рекомендуемых процедур. Для решения же задач по организации и планированию, для анализа эффективности использования ресурсов и сдерживания расходов на здравоохранение больше подходят программы, построенные в форме перечней.

Вышесказанное позволяет сделать вывод о том, что применяемые подходы к формированию программ обслуживания чрезвычайно разнообразны и далеко не бесспорны. Они во многом зависят от того, каким целям отдается приоритет при разработке стандартов.

Последние годы к программам обслуживания стали проявлять большой интерес страховщики, заинтересованные в организации системы контроля за ростом цен на медицинские услуги. Идеальным решением проблемы было бы определение стоимости стандартных программ обслуживания и использование этой стоимости как основы для формирования цен на комплекс услуг, оказываемых пациентам. В этом случае можно было бы говорить о создании новой серии стандартов — о медико-экономических стандартах, о которых так много говорят у нас, планируя переход на медицинское страхование.

Однако в связи с тем, что стандарты программ обслуживания не так уж широко распространены, что методология их разработки несовершенна и, наконец, с тем, что большинство медиков относится к необходимости их применения отрицательно, был избран другой путь — статистическая обработка реального обслуживания и соответствующих ресурсных затрат (после предварительной выбраковки случаев с неприемлемым качеством помощи). Таким образом родился метод диагностически-родственных

групп, с которым читатель знаком из предыдущих выпусков.

Бесспорно, эти группы можно использовать при анализе качества медицинской помощи, оказываемой той или иной больницей. Для этого сначала из всей массы счетов, поступающих из больницы выбирают те, которые выпадают из рамок, определяющих величины стоимости лечения и сроков пребывания в больнице, определенных в стандарте ДРГ. Назовем их отклоняющимися счетами. Затем определяется доля отклоняющихся счетов в общем количестве счетов, полученных из больницы. В случае, если эта доля превышает допустимую величину, может быть сделано предположение, что в данной больнице имеет место отклонение от принятых технологий лечения больных. Дальнейший анализ позволяет сравнить структуру расходов на отдельные виды диагностики, лечения и ухода по определенной ДРГ в конкретной больнице и по стандарту. В случае выявления структурных диспропорций в больницу может быть направлен эксперт, который на месте произведет выяснение причин выявленных отклонений. Его внимание будет сосредоточено на решении совершенно конкретных вопросов. Например, почему в данной больнице больше, чем по стандарту, расходуется средств на рентгеновские обследования больных определенной группы? В результате проведенного анализа эксперт вынесет суждение о качестве диагностики и лечения. Такой анализ называют функционально-стоимостным.

И, наконец, комплексные стандарты — это набор структурно-организационных, технологических стандартов и стандартов конкретных программ, регламентирующий деятельность определенной медицинской специальности или службы. Комплексная стандартизация используется только в «узких» специальностях. Например, в 1990 году в Великобритании Колледжем по трудотерапии были приняты комплексные стандарты для этой службы. Для нас такие стандарты — тоже уже не пустой звук. Известно, что стандартизированные формы лечения

ряда заболеваний ввел профессор С. Н. Федоров. Стандартизация позволила ему впервые применить в хирургии поточно-конвейерные технологии, что было встречено овациями даже выдавших виды зарубежных специалистов. А то, что стандартизация дала ему высокий экономический результат доказывать не приходится.

Стандарт — это идеал или реальность?

Немало споров возникает по поводу того, что должны выражать медицинские стандарты — идеальные представления о хорошем обслуживании или общепринятую практику оказания помощи? Ведь иногда дистанция между ними колоссальна. Чтобы принять решение, поднимать ли планку стандартов, необходимо оценить, во сколько обойдется обществу внедрение более жестких стандартов, и сравнить эти затраты с предполагаемой выгодой от повышения уровня обслуживания. При этом оценка предполагаемых выгод осуществляется с учетом данных о предпочтениях граждан, обусловленных пониманием ценностей жизни.

Приведем пример. В нашей стране несколько лет назад в связи с распространением СПИДа было принято решение об обязательном обследовании на носительство ВИЧ-инфекции определенных контингентов граждан. В их числе оказались пациенты стационаров, которым также предписывалось проведение этого обследования. То есть речь шла о введении дополнений к программам стационарного лечения. Обеспечение этих более жестких, чем прежние, стандартов потребовало больших затрат — ведь понадобилось создать заново целую службу. Однако страх перед СПИДом был велик, и сравнение затрат с предполагаемой выгодой от своевременного выявления инфицированных привело к принятию решения об ужесточении стандартов. По прошествии нескольких лет выяснилось, что эпидемия СПИДа не имела того распространения, как

все опасались. На проведение исследований были затрачены десятки миллионов рублей, при этом было выявлено не более сотни инфицированных лиц. Сейчас речь идет о сокращении подлежащих обязательному обследованию контингентов.

Как видно, на решение вопроса о введении дополнений к стандартам повлиял страх и предполагаемая завышенная оценка выгод от введения программы обследования.

К сожалению, в нашей стране не привыкли и не умеют оценивать стоимость человеческой жизни и здоровья. Провозглашая их бесценными, тоталитарное государство экономило на здоровье и даже не замечало угроз жизням своих граждан и отдавало предпочтение наращиванию вооружений, строительству самых разных гигантов и оказанию помощи братским партиям. Однако через некоторое время проведение сравнительного анализа затрат и выгод при решении вопросов об усовершенствовании стандартов станет обычным делом.

Однако, читатель ждет от нас рассказа о конкретных медицинских стандартах, используемых в практике лечебных учреждений. Выше отмечалось, что лучше всего разработаны и наиболее широко применяются структурно-организационные стандарты, а также технологические стандарты, обеспечивающие безопасность. Меньше регламентированы медицинские технологии, имеющие небольшой риск возникновения неблагоприятных последствий, и программы медицинского обслуживания. Детально разработаны диагностически-родственные группы (ДРГ), являющиеся вариантом медико-экономических стандартов и полученные статистическими методами.

Классическим образцом структурно-организационных стандартов являются стандарты аккредитации американских больниц. В приложении к выпуску читатель найдет выдержки из справочника по аккредитации и комментарии к ним, которые позволят составить четкое представление о содержании и порядке применения структурно-организационных стандартов.

Приложение

Процедура и стандарты аккредитации американских больниц

(краткое изложение с комментариями)

История и современная практика аккредитации американских больниц Пояснения к стандартам

У истоков аккредитации лежит деятельность по гарантированию уровня и качества хирургической помощи. К практике выдачи свидетельств об аккредитации (сертификации) отдельных врачей-практиков, а позже и учреждений в начале XX века приступила американская коллегия хирургов.

Сначала коллегия пыталась оценить хирургическую помощь с точки зрения оценки исходов лечения. Однако, результаты анализа исходов в те годы разочаровывали. Тогда было решено прежде всего заняться улучшением структуры (обеспеченность ресурсами и системами организации) лечебных учреждений. Это и привело к созданию Объединенной Комиссии по аккредитации больниц (ОК). Процесс этот начал набирать силу лишь в середине столетия. С этого времени аккредитационные документы приобрели юридическую силу документа, гарантирующего контролируемый уровень качества оказываемой аккредитованным учреждением помощи. Что собою представляет этот документ будет ниже продемонстрировано на ряде примеров.

В 1951 году пять главных медицинских ассоциаций США и Канады решили объединить усилия по выработке стандартов медицинской практики и присоединиться к деятельности Объединенной Комиссии (с 1959 года Канадская Медицинская Ассоциация вышла из Объединенной Комиссии и создала свой национальный комитет по аккредитации). Новая Объединенная Комиссия сначала использовала в своей деятельности стандарты, разработанные

Американской Коллегией хирургов. Американская коллегия хирургов наследовала у британской системы роль лидера других медицинских специальностей. До сих пор в Англии глава здравоохранения страны занимает должность «главного хирурга». Одновременно начался процесс усовершенствования стандартов. За период с 1953 по 1965 годы стандарты пересматривались шесть раз. Постоянный процесс пересмотра стандартов осуществляется и по сей день и профессиональные организации уделяют этой работе максимум внимания. В ней участвует огромное число специалистов-профессионалов и ведущих больниц.

Результатом этой деятельности является ежегодное переиздание Руководства по аккредитации больниц. Такую гигантскую работу в других странах повторять буквально никто, естественно, не хочет. Все предпочитают брать за основу высокие стандарты, разработанные в США, и путем смягчения и редактирования приспособлять их к своим национальным особенностям. Относительно самостоятельно развились системы аккредитации в Великобритании, Франции, Германии. Однако сегодня стандарты требований к больницам и их оснащению во всем мире сблизилась, особенно в странах с высоким уровнем ассигнований на душу населения. Поэтому систему аккредитации вполне допустимо изучать на примере США.

Процедура аккредитации осуществляется следующим образом.

Для того, чтобы пройти аккредитацию больница должна удовлетворять определенным требованиям. Она должна иметь действующий прежний аккредитационный документ — лицензию на право деятельности, выданную лицензионным агентством штата на основании соответствующих проверок. Не допускается первичная аккредитация отделений и больниц, только что приступивших к лечебной деятельности после создания, капитального ремонта или реорганизации, так как у экспертов должны быть данные о реальной работе этих структур, как

минимум, за шесть месяцев. На такой срок учреждение испрашивает временное разрешение начать работу. Аккредитация по общепольничной системе не распространяется на службы долечивания и долговременной помощи со средним сроком лечения более 30 дней. Категорически не допускаются к аккредитации и даже лишаются выданных лицензий больницы, ограничивающие контингенты клиентов в зависимости от расовой или национальной принадлежности.

Процедура аккредитования состоит из нескольких этапов.

1. Подача заявления в Объединенную Комиссию по аккредитации. Все больницы страны высылают свои заявления по одному и тому же адресу в город Чикаго. В заявлении сообщаются «паспортные» данные об имеющихся в структуре больницы службах, подлежащих проверке.

2. Предоплата аккредитационного обследования. Цена его ежегодно уточняется и пересматривается.

3. Назначение группы экспертов. В соответствии с профилем служб, которые следует проверить, Объединенная комиссия обращается к соответствующей специализированной программе по аккредитации. Именно ее сотрудники и привлекаемые специалисты определяют срок и длительность проверки, состав группы экспертов. О принятых решениях больнице сообщается за 4 недели до начала проверки.

4. В больнице на видном месте вывешивается объявление о предстоящей проверке, чтобы эксперты могли иметь возможность провести интервью с пациентами и другими лицами, имеющими необходимую информацию о соответствии больницы стандартам аккредитации.

5. Проверка. Довольно часто в ходе проверки проводятся социологические обследования. Выявляется мнение различных групп населения о медицинской помощи. Интервьюирование и заполнение анкет происходит в первый же день и занимает не более двух часов. Как правило, оно происходит в присутствии представителя больницы.

Особое внимание при проверке уделяется проблеме использования персонала, не имеющего соответствующей лицензии, и наличие эффективной системы борьбы с внутрибольничными инфекциями (приоритет проблем обеспечения безопасности).

6. Подведение итогов проверки. Эксперты проводят в больнице конференцию, на которой представляют результаты проверки. Больничный персонал имеет право оспорить любой из недостатков, выявленных комиссией. На конференции должен присутствовать представитель собственника больницы.

7. Вынесение заключения об аккредитации. Закончив работу группа экспертов направляет свое мнение о больнице в Объединенную Комиссию (ОК), которая принимает решение об аккредитации. Одновременно с заключением Объединенной Комиссии больница получает рекомендации экспертов по устранению обнаруженных недостатков.

При отказе в аккредитации больница может обратиться в ОК с просьбой провести консультативное исследование. Если ОК отказывает больнице в ее просьбе, больница может потребовать слушания в Апелляционной Группе, состоящей из независимых экспертов, назначенных президентом ОК (своеобразный третейский суд). Положительное и обоснованное мнение Апелляционной Группы должно быть утверждено ОК. Это мнение является окончательным. Если заключение экспертов, проводящих консультативное исследование, расходится с заключением, вынесенным в ходе первой проверки, то решение принимает президент ОК единолично. В этом случае его решение не подлежит пересмотру.

Заключение об аккредитации имеет действие в течение двух лет. Иногда, когда эксперты выявляют недостатки, требующие устранения, или при первичной проверке выдается временная годовая аккредитация. Годовая аккредитация может выдаваться не более трех раз подряд. Больница, не получившая аккредитации, но имеющая лицензию, может

продолжать свою деятельность. Однако это лишает ее большого числа клиентов, так как программы «Медикер», «Медикейд» и другие страховые компании не имеют дела с неаккредитованными больницами. В ряде штатов аккредитация является условием для получения (продления) лицензии. В этом случае больница может обращаться за повторной аккредитацией. Аккредитация перестает действовать при смене собственника, изменении класса по конечной мощности или по категориям предоставляемых услуг.

Вся информация, полученная ОК при проверке, кроме самого аккредитационного заключения, считается строго конфиденциальной и вручается только больнице.

ОК регулярно публикует списки аккредитованных учреждений. Статистика показала, что не проходит аккредитацию около 2% заявителей. Решение об аккредитации оформляется в виде сертификата. Практика выдачи лицензий властями штатов и муниципалитетами опирается на аккредитационную систему, хотя формально от нее не зависит.

В настоящее время аккредитация распространена в подавляющем большинстве стран мира.

Европейские страны с осторожностью присматриваются к юридическим нововведениям США в области аккредитации. В частности, англичан беспокоит качество проверок (их смущает краткость периода инспекций), а также практика использования при проверках структурно-организационных стандартов. Они справедливо отмечают, что следование стандартам — это еще не качественное обслуживание. Во многих странах нет достаточного числа специалистов, а у больниц — денег на проведение экспертиз. В этих странах пока обходятся выдачей правительственными агентствами лицензий, опираясь на данные тщательной проверки. Вместе с тем, все чаще высказывается мнение о том, что аккредитация по стандартным схемам должна стать средством вступления или продления

членства медицинского учреждения в национальной системе здравоохранения.

Создавая систему лицензирования и аккредитации медицинских учреждений в нашей стране, нужно точно осознавать, что лицензирование — это правительственная контрольная деятельность, а аккредитация — профессиональная. И только длительный процесс их взаимодействия может привести к тому, что, как в некоторых штатах США, аккредитация станет условием получения лицензии на право вступить и оставаться членом национальной системы здравоохранения, а оба документа станут гарантией-поручительством предоставления населению качественной медицинской помощи.

Перед тем, как читатель ознакомится с выборочным изложением стандартов по аккредитации, представим схему их построения, которая включает формулировку главных целей и основных принципов деятельности структур и служб больницы и пояснения к ним. (При этом не предусмотрено обязательное соблюдение и внедрение в жизнь всех деталей, описанных в разъяснениях. Если главная цель достигнута, никто не требует точного следования им.) Стандарты предваряет раздел «Права и обязанности больных», подчеркивающий правовые приоритеты, которых придерживается американское общество в вопросах производства и потребления любых видов услуг. Учитывая важность проблемы, мы приводим текст этого раздела без сокращений.

Права и обязанности больных

Основные права человеческой личности на независимость в выражении мыслей, в принятии решений и в действиях, а также убеждение в персональной значимости каждого в системе человеческих взаимоотношений всегда чрезвычайно важны. Во время болезни, однако, их наличие или отсутствие приобретают жизненное значение, становясь решающими факторами в сохранении жизни или выздоровлении. Таким образом, для больниц становится первостепенной обязанностью сделать все, чтобы сохранить эти права для своих пациентов.

При обеспечении помощи больницы вправе рассчитывать на понимание со стороны части больных, их родственников и знакомых, которые оценивая характер заболевания, рассуждают здраво и ответственно. Однако так бывает не всегда. Это обуславливает необходимость разработки стандартов, регламентирующих взаимоотношения между больницами и пациентами, и подчеркивает важность контроля за соблюдением прав и обязанностей больных.

Права больных

Все лица должны иметь равный доступ к лечению и удобствам согласно медицинским показаниям, независимо от расы, вероисповедания, пола, национальной принадлежности, образа мыслей или источников оплаты за помощь.

Больной имеет право рассчитывать на адекватную помощь в любое время и при любых обстоятельствах с признанием его персонального достоинства.

Пациент имеет право — в пределах закона — на соблюдение медицинским персоналом тайны в отношении сведений о нем, полученных в результате обследования и в ходе лечения, и полную конфиденциальность, что выражается в отказе раз-

говаривать или видеть кого-либо, официально не связанного с больницей, включая посетителей, или лиц, связанных с больницей, но не занятых прямо в лечении больного;

Пациент имеет право носить собственную одежду и пользоваться религиозной или другой символикой, если они не мешают диагностике и лечению заболевания;

Пациент имеет право быть опрошенным и осмотренным в условиях соблюдения аудиовизуальной тайны. Это включает и право больного при осмотре, лечении или выполнении иных процедур медицинским работником другого пола требовать присутствия третьего лица одного пола с пациентом, а также право не оставаться в раздетом виде дольше того времени, которое необходимо для медицинских целей;

Пациент имеет право ожидать, что любое обследование или консультация, касающиеся его болезни, должны проводиться осторожно, и что лица, не связанные прямо с его лечением, не могут присутствовать при этом без его согласия;

Пациент имеет право иметь историю болезни, с которой могут знакомиться лишь лица, прямо занятые в его лечении или следящие за его качеством. Другие лица могут знакомиться с нею лишь с разрешения пациента;

Пациент имеет право ожидать, что все сведения, касающиеся его лечения, включая и его стоимость, должны оставаться конфиденциальными;

Пациент имеет право требовать перевода в другую палату, если другой больной или посетители мешают ему курением или другими действиями;

Пациент имеет право быть изолированным в отдельном помещении, если этого требуют интересы его безопасности.

Пациент имеет право ожидать возможной безопасности, насколько это позволяют условия больницы.

Пациент имеет право знать подлинный профессиональный статус лиц, осуществляющих его лече-

ние, а также знать, какой врач непосредственно ответственен за него. Это означает также право больного знать о любых профессиональных связях между лицами, осуществляющими его лечение, а также об отношениях с любыми лечебными учреждениями, включенными в его лечение. Участие больного в клинических обучающих программах или в сборе данных для научных исследований возможно только на добровольной основе.

Больной имеет право получать от врача, ответственного за его лечение, полную и свежую информацию, касающуюся его диагноза (в определенной степени), лечения и возможного прогноза. Эта информация должна быть доступной для понимания больного. Если это невозможно, то информация должна быть доведена до сведения доверенного лица, назначенного самим больным.

Больной имеет право на контакты с лицами вне больницы путем посещения, устного общения или переписки. Если больной не понимает или не может разговаривать на языке окружающих, он имеет право на предоставление ему переводчика. Это особенно важно там, где существуют постоянно языковые барьеры.

Пациент имеет право принимать участие в решениях, касающихся его лечения. Насколько это возможно, оно должно базироваться на понятном и сжато объяснении больному его состояния, всех предлагаемых технических процедур, включая информацию о возможности любого риска смерти или серьезных побочных эффектов, в том числе о болезненных ощущениях в ходе процедуры, проблем, относящихся к выздоровлению и надежды на успех. Пациент не должен подвергаться никакой процедуре без его добровольного и осознанного согласия или согласия назначенного им представителя. Если существуют значимые альтернативы для его лечения, пациент должен быть осведомлен о них.

Пациент должен знать, кто назначен ответственным за проведение определенных процедур.

Больной, по своему требованию и за свой счет, имеет право консультироваться у любого специалиста.

Пациент имеет право отказаться от лечения, если противное не оговорено законом. Если отказ от лечения со стороны больного или лица им уполномоченного влияет на предоставление ему необходимой помощи в соответствии с профессиональными стандартами, переговоры с больным должны быть соответствующим образом оформлены.

Больной не может быть переведен в другое лечебное учреждение, пока он не получит полное объяснение о необходимости такого перевода, и пока перевод не будет согласован с другим учреждением. Больной имеет право на информацию лечащего врача или лица, его замещающего, относящуюся к его дальнейшему лечению после выписки из больницы.

Независимо от источников оплаты за медицинскую помощь, больной имеет право запросить и получить подробную информацию об общем счете за услуги, полученные в больнице, а также своевременное предупреждение об окончании страховой оплаты его лечения.

Пациент должен быть осведомлен о больничных правилах, касающихся его поведения в больнице. Такая информация относится и к порядку рассмотрения его жалоб.

Обязанности больных

Пациент обязан дать полную информацию о своих жалобах, прошлых заболеваниях, госпитализациях, проведенном лечении и других вопросах, касающихся его здоровья. Он обязан сообщать лечащему врачу о всех неожиданных переменах в его состоянии.

Больной ответственен за соблюдение плана лечения, рекомендованного лечащим врачом. Он должен выполнять требования медицинских сестер и

другого медицинского персонала при выполнении ими различных процедур или указаний лечащего врача, а также требования соблюдения правил поведения больных. Больной ответственен за выполнение лечебных назначений и, когда он не способен выполнять их по какой-либо причине, то обязан поставить в известность об этом лечащего врача или администрацию больницы.

Пациент ответственен за отказ от лечения или следования инструкциям лечащего врача.

Пациент обязан знать свои финансовые возможности по оплате за лечение максимально полно, сколь это возможно.

Он обязан выполнять правила поведения больных.

Больной обязан соблюдать права других больных, персонала больницы, участвовать в борьбе с шумом, курением и излишним числом посетителей. Он ответственен за бережное отношение к имуществу других лиц и больницы.

После раздела «Права и обязанности больных» в справочнике по аккредитации американских больных последовательно (в алфавитном порядке) излагаются требования к организации отдельных больничных служб и программ, к управлению больницей, к медицинским кадрам, к больничному зданию и оборудованию и т.п. Мы остановимся на описании тех стандартов, которые, с нашей точки зрения, представляют наибольший интерес для читателя.

Взаимоотношения между собственником больницы и ее руководством

Стандарты требуют, чтобы учредители создали специальный совет, который называют правящим органом (Governing Body), состоящий из компетентных и инициативных людей, который несет ответственность за работу больницы по обеспечению высокого качества медицинской помощи. К сожалению, в стандартах нет данных о том, в чем именно выражается ответственность каждого из членов правящего органа в случае выявления крупных недостатков в работе больницы. Правящему органу поручается, в первую очередь, разработать устав больницы, в котором, в соответствии с требованиями, установленными законом и пожеланиями собственников, четко оговариваются принципы и правила деятельности больницы. В частности, особое внимание уделяется роли больницы в обеспечении утвержденной властями программы охраны здоровья жителей территории, на которой расположена больница. С учетом этой роли в общем плане здравоохранения территории правящий орган участвует в планировании деятельности, разрабатывает трехгодичный план капитальных вложений, содержащий перечень предлагаемых инвестиций, рассматривает и утверждает ежегодный бюджет больницы, предлагаемый ее администрацией, утверждает правила деятельности больницы. Задав цели, правила и основные условия деятельности больницы, правящий орган заключает контракт с главным администратором больницы, который будет осуществлять непосредственное руководство ею. Согласно стандартам, главный администратор несет ответственность за претворение разработанной правящим органом политики в жизнь. При этом правящий орган не имеет права вмешиваться в непосредственную оперативно-распорядительную деятельность главного ад-

министратора. Задавая «правила игры», правящий орган обязан обеспечить условия, чтобы медицинский персонал мог обеспечить с помощью административной поддержки необходимое качество медицинской помощи.

Правящий орган участвует в контроле качества медицинской помощи, оказываемой больницей, контроль сводится к получению регулярной информации от главного администратора, касающейся деятельности больницы, а также к получению копий всех протоколов контрольных процедур, проводимых, как персоналом больницы, так и внешними службами, в частности, и аудиторской службой. Как правило, этой информации бывает достаточно, и правящий орган редко бывает инициатором каких-либо проверок. Представители правящего органа обязательно присутствуют на заключительной конференции по аккредитации. (Заметим, что представители правящего органа никогда не являются членами аккредитационной комиссии, что часто встречается в нашей практике.) Получив информацию о нарушениях и рекомендации по их устранению, правящий орган, совместно с администрацией и персоналом больницы, должен предусмотреть, если необходимо, изменения в плане развития больницы и ее бюджете.

Для решения этих вопросов правящий орган собирается, как минимум, один раз в год, а его исполнительный комитет — не реже раза в квартал. Для решения конкретных проблем правящий орган может создать специальные, постоянно действующие комитеты. В состав таких комитетов обязательно входят представители персонала больницы.

Управление больницей и административные службы

Этот раздел стандартов начинается с формулировки требования: «Больница должна управляться эффективно». Для обеспечения этого требования правящий орган назначает квалифицированного главного администратора, несущего пред ним ответственность за работу больницы в соответствии с законами и пожеланиями собственников. Главный администратор должен быть осведомлен о всех медицинских нуждах населения, а также о программах поддержки больницы коммунальными органами. Он несет ответственность за создание такой структуры больницы, которая отвечает потребностям больных. Им должны быть разработаны письменные правила деятельности структурных подразделений больницы, включающие:

- описание подразделения с определением его функциональных обязанностей;
- правила и процедуры управления каждым из подразделений;
- порядок ведения финансовых дел, включая перечень отчетов, форм, счетов, правила их заполнения и обращения с ними;
- правила контроля за выписываемыми и оплачиваемыми счетами, получением средств и оформлением кредитов, методики ценообразования на услуги, оказываемые каждым из подразделений и система оплаты труда сотрудников.

Главный администратор распределяет персонал по подразделениям больницы в соответствии с квалификацией, разрабатывает письменные правила, включая функциональные обязанности для сотрудников, и обеспечивает контроль за их соблюдением. Такие правила уточняются, как минимум, один раз в год. Все поступающие на работу сотрудники знакомятся с этими правилами и обеспечиваются их копией. Устанавливается порядок ознакомления

служащих с любыми изменениями правил для персонала.

Главный администратор обеспечивает ведение личных дел сотрудников, включающих, помимо анкетных данных на каждого, периодические служебные характеристики с оценкой деятельности и заключения о состоянии здоровья сотрудника, с указанием возможности выполнения им служебных обязанностей, а также устанавливает порядок проведения текущих аттестаций персонала.

Главный администратор отвечает за осуществление финансовой политики, разработанной правящим органом. Бюджет больницы должен представлять собой ясную скоординированную программу для осуществления поставленных перед больницей целей и задач. В подготовке бюджета больницы должны участвовать все подразделения больницы. Они представляют планы предстоящих расходов и расчеты цен на услуги. Главный администратор периодически представляет им для анализа финансовые отчеты о деятельности больницы. Регулярно производится аудиторская проверка финансовых документов больницы, результаты которой анализируются главным администратором и доводятся до сведения правящего органа.

Главный администратор должен обеспечить больницу необходимыми для обслуживания больных физическими ресурсами, а также обеспечить их эффективное использование и сохранность. Должна функционировать программа оценки эффективности использования больничных ресурсов, включающая, как минимум, анализ сроков госпитализации по профилям, анализ применяемых схем обследования и лечения, изучение хирургической деятельности, использования антибиотиков, препаратов крови, анализ случаев внутрибольничной инфекции, изучение докладов об оплате услуг внешних поставщиков, мониторинг использования оборудования. При этом первостепенное внимание уделяется случаям недоиспользования и переиспользования ресурсов.

Главный администратор обеспечивает создание единой отчетности во всей больнице и систему внутреннего контроля и обеспечения качества медицинской помощи.

Врачебный персонал

В американских больницах врачебный персонал имеет определенную автономию и несет ответственность за качество всей медицинской помощи больным и соблюдение норм этики, а также за соответствие профессиональной врачебной практики политике правящего органа. Врачебный персонал представляет собой своеобразную организацию, имеющую свой устав, утверждаемый правящим органом. Членами врачебного коллектива могут быть только лица, имеющие лицензию. При приеме на работу и включении во врачебный коллектив каждый врач на заявлении делает пометку о том, что он ознакомлен с уставом врачебного коллектива и обязуется выполнять его требования. Каждый кандидат, прежде, чем его примут во врачебный коллектив, проходит строгую процедуру отбора. Данные о его образовании, усовершенствованиях, предшествующей работе, участии в научной и педагогической деятельности, а также данные о состоянии здоровья, рассматриваются специальным мандатным комитетом врачебного коллектива. В отдельных случаях проводится собеседование. Администрация не может принять на работу врача, не принятого во врачебный коллектив. Каждые два года, все врачи, служащие в больнице, должны пройти процедуру продления членства во врачебном коллективе. Процедура включает анализ деятельности врача мандатным комитетом. Врачебный коллектив управляется избранным президентом. Важным направлением деятельности врачебного коллектива является разработка и осуществление программ внутреннего контроля за деятельностью врачей. Результаты про-

верок и предложения по улучшению качества помощи обсуждаются с главным администратором больницы. Разрабатываются и осуществляются программы непрерывного обучения врачей всех служб и подразделений.

Обеспечение качества медицинской помощи

Стандарты требуют, чтобы в каждой больнице постоянно функционировала система обеспечения качества медицинской помощи. Она включает процедуры выявления разнообразных отклонений качества, анализ их причин, а также разработку и внедрение механизмов по их устранению и предотвращению новых нарушений.

Программа обеспечения качества пересматривается ежегодно. Этим, как правило, руководит специально созданный комитет, координирующий деятельность по обеспечению качества в каждом из подразделений больницы.

Особое внимание при создании системы обеспечения качества уделяется наиболее чувствительным точкам «медицинского производства», где допущенные ошибки могут привести к серьезным негативным последствиям — ухудшению здоровья и даже смерти больного, а также членов персонала и посетителей.

Так, в каждой больнице действует программа борьбы с внутрибольничной инфекцией, фармакологическая программа, программа травматических методов обследования и лечения и ряд других специальных программ.

Остановимся подробнее на стандартах, касающихся некоторых из них.

Программа обеспечения функциональной и санитарной безопасности

Изложение стандартов организации программы обеспечения функциональной и санитарной безопасности начинается с четкого требования: «Больница должна быть безопасна в функциональном и санитарном отношении для больных, персонала и посетителей». Стандарты предписывают каждой больнице создать многоотраслевой комитет по безопасности с представительством в нем всех служб больницы, в том числе инженерной и хозяйственной, а также — администрации.

Комитет должен собираться не менее одного раза в месяц. Итоги каждого совещания должны протоколироваться и доводиться до сведения правящего органа, администрации, врачебного и сестринского коллектива, а также всех отделений и служб.

Комитет разрабатывает письменные правила функционирования программы безопасности. В его функцию входит также:

- поддержание связи и постоянный обмен информацией с комитетом по борьбе с внутригоспитальной инфекцией;
- обеспечение информацией о вновь принятых на работу и совершенствовании подготовки всех работающих в больнице в области безопасности, изготовление специальных бюллетеней о безопасности;
- разработка программы по борьбе с катастрофами;
- знание региональных местных правил по безопасности, применяемых в больнице;
- знание деятельности правительственных и неправительственных агентств по безопасности;
- создание библиотеки с соответствующими документами и публикациями, касающимися всех аспектов безопасности больницы.

В стандартах подробно излагаются требования и правила противопожарной безопасности, правила безопасности при работе с электроприборами, с различными газами и воспламеняющимися жидкостями. Стандарты содержат требования к зданиям и оборудованию больницы с точки зрения их безопасности. Необходимы письменные правила на случай поломки оборудования. Подробно излагаются требования к аварийным источникам освещения. В частности указано, что источник аварийного освещения должен автоматически обеспечить энергию, по крайней мере после десяти секунд повреждения (отключения) нормального источника энергии для следующих объектов:

- освещение выходов (коридоры, лестничные клетки, выходные двери);
- сигналы выхода и направления к выходу;
- сигналы тревоги (дым, противопожарное устройство, кислород);
- операционные, родильные помещения, места оказания неотложной помощи;
- отделения гипо- и гипербарической терапии;
- отделения новорожденных, послеоперационные палаты, сестринские посты, места приготовления лекарств;
- холодильник для хранения крови;
- освещение клинической лаборатории;
- централизованные отсосы в хирургии;
- системы связи внутри больницы для передачи сигналов тревоги.

Кроме того, аварийные источники должны обеспечивать воздушные компрессоры, хотя бы один лифт и оборудование для кипячения.

Должны быть разработаны мероприятия по обеспечению безопасности больных и персонала, включающие:

- доступную и функциональную систему вызова медсестры каждым больным (кроме малых детей, психических больных и проходящих больных);

- боковые спинки больничных кроватей;
- системы вызова сестры и другие меры безопасности в ваннных и туалетных комнатах;
- приспособления для открывания дверей ваннных комнат снаружи;
- системы опознания больных, включая и новорожденных (в местах оказания неотложной помощи должна быть предусмотрена система идентификации больных, находящихся в бессознательном состоянии или доставленных мертвыми);
- автоматическая регуляция теплой воды таким образом, чтобы температура ее не превышала +43 градуса по Цельсию в душах, ваннных комнатах и местах умывания, приспособления контроля температуры должны быть недоступны для больных и посетителей;
- запрещение использования портативных электронагревателей или обогревателей где-либо в больнице;
- запрещение покрытий полов, увеличивающих скольжение, мешающих передвижению инвалидов.

Покрытие полов должно соответствовать федеральным и местным требованиям, касающимся воспламенения, отражения света, защиты от дыма, статического электричества. В интересах чистоты, безопасности и контроля внутригоспитальной инфекции, покрытие полов должно быть высокой плотности, прочности и низкой способности к абсорбции. Это относится и к многослойным покрытиям. В момент аккредитации больница обязана представить заключение о качестве покрытия полов.

Специальные меры безопасности должны быть обеспечены в местах наибольшей угрозы для больных и персонала.

В больнице должна вестись постоянная борьба с курением. Курение должно быть запрещено во всех местах, где используются или хранятся воспламеняющиеся материалы, жидкости, газы или кислород. Эти места должны быть обозначены объявлением «Не курить». Мусорные корзины должны

изготавливаться из незагорающих материалов и не должны использоваться как пепельницы. Последние должны быть огнестойкими. Курение персонала хирургических и гинекологических отделений должно быть ограничено комнатами для переодевания и комнатами отдыха; двери в операционную должны оставаться закрытыми.

Кроме того должны быть обеспечены следующие меры безопасности для больных, посетителей и персонала:

- надзор за принятыми на работу;
- идентификационные значки для всего персонала больницы;
- контроль за входом и выходом, включая хорошее освещение;
- контроль за внутренним перемещением, включая переходы для посетителей;
- письменный план на случай угрозы взрыва бомбы, других происшествий (должен быть скоординирован с общегоспитальным планом);
- использование охраны;
- контроль за вносимыми и выносимыми вещами, для предупреждения кражи или внесения неразрешенных вещей;
- хорошее освещение прогулочных дорожек, мест парковки транспорта;
- использование оборудования для контроля (зеркала, телевизоры) и сигнальных систем;
- должное содержание больных-заключенных.

Стандарты требуют разработки плана ликвидации последствий катастроф.

И, наконец, установлены стандарты обеспечения санитарной безопасности, включающие описание требований к системе водоснабжения, вентиляции, хранения и удаления мусора.

Фармакологический контроль

Здесь мы не будем излагать стандарты организации фармакологического контроля, а приведем пример функционирования программы, разработанной с учетом требований стандартов аккредитации больниц. Программа включает:

- проверку фармацевтом больницы листов назначений;
- мониторинг фармацевтической деятельности врачей;
- оценку эффективности использования лекарственных препаратов;
- периодический анализ статистики об использовании лекарств.

Для обеспечения программы в штат больниц общества на полную ставку были приняты врачи-фармакологи. В их функцию входит, как минимум, следующее:

- проверка всех историй болезни больных, поступивших накануне (при проверке внимание обращается на полноту сбора лекарственного анамнеза пациента, на соответствие назначенного лечения диагнозу и тяжести состояния больного, на выявление лекарственной непереносимости, на правильность выбора доз, путей введения и сочетания назначенных лекарств, на аккуратность оформления листа назначения);
- проверка всех случаев новых назначений препаратов (согласно стандартам аккредитации, фармацевт осуществляет контроль дозировки препаратов перед началом их применения; фармаколог вносит сведения о назначении лекарств в журнал, где отмечаются — фамилия больного, диагноз, повод для назначения препарата, доза, фамилия врача; позже заносятся результаты лечения; сведения из журнала регулярно переносятся в компьютер);

- экспертиза отдельных клинических случаев с заполнением специальных карт (поводами для экспертизы могут быть — применение сильнодействующих препаратов и препаратов с высоким риском побочного действия, тяжелое состояние больного, длительное и малоуспешное лечение, возникновение осложнений и пр.; обязательно заполнение карт в каждом случае назначения антибиотиков, антикоагулянтов, инфузионных средств, а также любых препаратов для каждого пациента с заболеванием почек).

Медицинская документация

Больница должна вести медицинскую документацию аккуратно и своевременно, чтобы она была свободна для обращения и обеспечивала необходимую информацию, включая статистические данные.

Стандарты требуют, чтобы соответствующая история болезни была заведена на каждого, кто осматривается и лечится как в стационарных условиях, так и амбулаторно.

- История болезни составляется для того, чтобы:
- служить основой для планирования помощи больному и непрерывности в оценке состояния больного и его лечения;
 - обеспечить документальные доказательства проводимого курса диагностики, лечения и изменений в состоянии больного за время пребывания в больнице;
 - документировать взаимодействие лечащего врача с другими специалистами, принимавшими участие в лечении больного;
 - помочь в защите законных прав больного;
 - использовать данные для применения в программе совершенствования методов лечения и в научных исследованиях.

Вся существенная клиническая информация, относящаяся к больному, должна быть включена в историю болезни. Содержимое истории болезни должно быть достаточно детализировано и организовано для того, чтобы обеспечить:

- лечащему врачу — возможность оказания эффективной помощи больному, возможность оценки состояния больного в определенный момент, оценки диагностических и терапевтических процедур, а также реакции больного на лечение;
- консультанту — возможность ознакомиться с историей заболевания, изложить результат своего осмотра;
- другому врачу — возможность ознакомиться с лечением больного в любое время;
- всем допущенным и заинтересованным лицам — предоставление существенной информации, необходимой для оценки лечения и качества предоставленных услуг.

Для обеспечения максимально возможной информации о любом конкретном больном для профессионалов, оказывающих помощь, должна быть использована единая система записей. Если нет возможности объединять истории болезни стационарных, амбулаторных и неотложных конкретных больных в единой истории болезни, то их следует хранить по отдельным службам или сосредоточить их в амбулаторной службе или в комбинированном компьютерном массиве амбулаторной и неотложной служб, где должны быть копии стационарной истории с выписным эпикризом, описанием операции и протоколом вскрытия или патолого-анатомического исследования.

В интересах облегчения использования истории болезни всем, допущенным к ее изучению, должна существовать возможность извлечения информации для административных, статистических целей, для оценки качества помощи. Поэтому рекомендуется создавать стандартизованный формат записей для больничных целей. Этот формат должен быть одоб-

рен медицинским персоналом. Это не исключает любых нововведений для улучшения ведения истории болезни, которые бы упрощали время заполнения, знакомство или копирование информации без ущерба для ее содержания.

Стандарты требуют, чтобы история болезни содержала достаточную информацию о конкретном больном, обосновании диагноза и лечения и аккуратно отражала результаты лечения.

Несмотря на разнообразие форматов и форм, амбулаторные истории болезни должны содержать следующее:

- паспортные данные (если их получить нельзя — должна быть ссылка на причину);
- анализ заболевания;
- описание данных осмотра;
- диагностические и терапевтические назначения;
- согласие на лечение (если оно не получено, то почему);
- течение заболевания, результаты терапии;
- данные о процедурах, анализы и результаты;
- заключение при выписке, исход лечения.

Стационарные истории болезни должны включать, по крайней мере, следующее.

— Данные о больном (имя, адрес, дата рождения, ближайший родственник). (Истории болезни нумеруются.)

— История заболевания. Здесь должны быть отражены жалобы больного, детали хода заболевания, значимые сведения о прошлом, социальная и семейная истории. Если возможно, анамнез должен собираться у больного. Истории акушерского отделения должны включать все перинатальные сведения.

— Отчет об осмотре врачом. Он должен отражать всесторонние данные физического состояния. Если полный осмотр был произведен за неделю до госпитализации, например, в офисе врача из штата больницы, подробная копия этого осмотра может быть использована в истории болезни боль-

ного, если за это время не произошло существенных перемен в его состоянии. Копия должна быть заверена врачом — членом медицинского штата больницы. Если больной повторно госпитализируется в пределах 30 дней в связи с той же или близкой проблемой, в истории болезни может быть указание лишь на изменения, пришедшие в этот период.

— Диагностические и терапевтические назначения. Они включают назначения, написанные врачами больницы. Словесные назначения руководителей отделения должны быть переписаны в историю болезни квалифицированным персоналом. Любые устные распоряжения, представляющие потенциальную угрозу для больного, и переписанные в историю болезни, должны быть завизированы лечащим врачом в течение 24 часов.

— Согласие больного на лечение. Оно должно содержаться в истории болезни и отражать согласие больного на все процедуры. Эта информация должна включать данные о больном, дату, процедуру или вид лечения, данные о лице, который выполняет эту процедуру, подтверждения приводимой анестезии, показания к перемене лечения и возможность риска осложнений, которые следует объяснить больному, подтверждение согласия на взятие биопсии. Подпись больного или другого лица, уполномоченного дать согласие, должна быть засвидетельствована, также и врач, получивший согласие больного, должен быть отмечен в истории болезни. Должны быть разработаны правила для тех больных, которые находятся без сознания или детей без сопровождающих.

— Клинические наблюдения. Дневники, сделанные медицинским персоналом, должны давать точный хронологический отчет о лечении больного в больнице и отражать любое изменение в его состоянии и результаты лечения. Замечания о ходе лечения могут быть сделаны другими врачами, имеющими право, а также специальным персоналом (дежурные врачи).

Каждая запись консультации должна содержать мнение консультанта с данными осмотра в истории болезни.

Заметки сестер и вставки специального профессионального персонала должны содержать существенные наблюдения и информацию. Если для новорожденных детей назначается кислород, должна быть указана его концентрация и режим применения. В послеоперационной палате в истории болезни должны делаться пометки: в сознании ли больной, описание состояния жизненных функций, а также данные о переливании, перевязках, катетерах и дренажах. Подобная информация должна быть в истории болезни и в том случае, когда больной после анестезии не был в специальной палате.

Суждения медицинского характера должны быть записаны и завизированы только врачами больницы или лицами, имеющими на то полномочия.

— Записи процедур, проб и результатов. Все диагностические и терапевтические процедуры должны быть записаны и завизированы в истории болезни. Это относится и к процедурам, выполненным вне больницы.

Лечащий врач должен записать и заверить диагноз перед операцией.

Записи операции должны диктоваться или записываться в историю болезни немедленно после операции и должны содержать описание находок, использованные технические процедуры, данные об удаленных образцах тканей, послеоперационный диагноз, имя оперирующего хирурга и его помощников. Полный отчет об операции должен быть заверен хирургом и занесен в историю болезни как можно раньше после операции.

Если по какой-либо причине описания операции нет в истории болезни, рекомендуется сделать подробную запись с назначениями врача, который посещает больного.

Записи о патологических и лабораторных исследованиях, радиологических и рентгенологических

осмотрах или лечении и терапевтических процедурах должны быть закончены и вложены в историю болезни в течение 24 часов.

Если орган для трансплантации забирается от живого донора, истории болезни донора и реципиента должны удовлетворять требованиям, предъявляемым к хирургическим историям болезни. Если донорский орган берется у больного, умершего после черепно-мозговой травмы (в странах, где легально разрешены подобные операции), история болезни донора должна содержать время, дату смерти, данные о враче, зарегистрировавшем смерть, условия забора органа и описание операции. Если для целей трансплантации удаляется кадаврный орган, должен быть отчет о заборе с описанием методики операции и способа хранения забранного органа. Эти записи нужны для внесения в историю болезни реципиента.

— Заключение при окончании госпитализации. Здесь должен быть отражен предварительный диагноз или причина госпитализации, клиническое резюме и, если необходимо, заключение о вскрытии.

Должны быть отражены все значимые диагнозы, установленные к моменту выписки, как и выполненные оперативные вмешательства.

Клиническое резюме должно обосновать причину госпитализации, значительные находки, выполненные процедуры и проведенное лечение, состояние больного при выписке, инструкции больному или семье. Внимание должно быть уделено рекомендациям о физической активности, назначению лекарств, диете и последующему наблюдению. Состояние больного при выписке должно указываться в сравнении с поступлением, избегая широко распространенной терминологии, такой как «улучшение». Инструкции больному должны содержаться в истории болезни. По письменной заявке больного или лица, представляющего его интересы, копия клинического резюме должна быть направлена лечащему врачу или лечебному учреждению, ответственному за последующее лечение пациента.

Заключительный дневник может быть заменен резюме в случае краткой госпитализации (меньше 48 часов), при нормальных родах, неосложненных гинекологических процедурах. В дневнике должны быть указаны рекомендации больному или семье.

В случае смерти должен быть посмертный эпикриз или в форме заключительного дневника, или отдельного резюме, где должны быть указаны причина госпитализации, находки и течения заболевания и причины смерти.

При проведении вскрытия анатомические диагнозы должны быть внесены в историю болезни в течение трех дней, а полный протокол вскрытия в течение 90 дней.

Стандарты требуют, чтобы истории болезни были конфиденциальными, своевременными, заверенными, разборчивыми и полными.

История болезни является собственностью больницы и ведется во благо больному, медицинскому персоналу и больнице. Больница обязана сохранить как историю болезни, так и ее содержание от потери, обезображивания, подделки и использования лицами, не имеющими на это права. Особое внимание должно быть уделено сохранению от огня и воды.

Для извлечения медицинской информации для лиц, не имеющих на это права, должно быть письменное разрешение больного или уполномоченного им лица. Это не относится к вводу истории болезни в автоматизированные системы для оценки качества медицинской помощи, для отделенческого анализа проведенной работы, для официальных проверок при аккредитации, для образовательных целей и исследовательских программ. Должно быть принято правило, что история болезни может быть взята из больницы только по решению суда, вызову в суд или постановлению.

Когда некоторые разделы истории болезни столь секретны, что для сохранения тайны должны быть приняты экстраординарные меры, как, например, при лечении некоторых психических заболеваний,

эти части могут храниться отдельно, обеспечивая возможность пользования основной частью истории болезни для текущей помощи, наблюдения за больным, оценки качества лечения. В истории болезни должна быть пометка, что часть ее хранится в другом месте.

Качество истории болезни зависит от своевременности, значимости, достоверности и четкости информационного содержания. Доступ к истории болезни может быть разрешен лишь лицам, имеющим на это право, по решению и правилам врачебного штата. Все такие случаи должны рассматриваться. Идентификация пользовавшихся историей болезни должна основываться на расписках или ключе к компьютеру. Когда допускаются резиновые штампы с подписью врача, лицо, чья подпись на штампе, должен оставить в административной службе заявление, что это именно он имеет штамп, и только он один будет им пользоваться. Когда тот или иной персонал допускается к работе с историей болезни, об этом должен быть оповещен врач, ответственный за нее. Записи в истории болезни могут комплектоваться по частям. При участии в лечении больного персонала помощи на дому доступ к истории болезни оформляется специально, что оговаривается правилами.

Во избежании путаницы символы и аббревиатура в историях болезни могут использоваться только с разрешения врачебного штата. Каждое сокращение или символ должны иметь одно значение.

В интересах аккуратности, разборчивости и ответственности, если это позволяет бюджет, рекомендуется, чтобы лицевая сторона истории болезни была печатной.

Каждое клиническое событие, включая анализ и данные осмотра, должно документироваться как можно быстрее. Истории выписанных больных должны быть полными к моменту выписки. История болезни считается полной, когда собраны все ее части, заверенные подписями, включая любое клиническое резюме или окончательную запись, когда

занесены основной и дополнительный диагноз (без символов и аббревиатур). В историю вкладывается также переписанный надиктованный ранее материал. Комитет по медицинской документации решает, можно ли считать историю болезни полной. Без разрешения ответственного за историю болезни лица самовольное дополнение истории болезни не допускается. Обнаружение дефектов в содержании истории болезни должно осуществляться по правилам больницы и уставу врачебного штата. Указанные недостатки снижают возможности больницы при аккредитации.

Стандарты требуют, чтобы департамент медицинской документации был обеспечен адекватным управлением, штатом и помещением, чтобы выполнять все необходимые функции.

Лицо квалифицированное в вопросах медицинской документации ответственно перед главным администратором или его помощником и должно работать хотя часть рабочего дня в соответствии с нуждами больницы и врачебного персонала. Это лицо должно быть или зарегистрированным администратором, или техником, успешно прошедшим специальные экзамены Американской Ассоциации медицинской документации. Если требуется очень высокий уровень работы, работать должен зарегистрированный администратор или лицо с соответствующей подготовкой. Если в штате нет опытного специалиста, больница должна обеспечить возможность получения консультативной помощи опытных специалистов. Первейшей обязанностью консультанта при этом является проверка способностей персонала службы и качества его работы, а также помощи в устранении выявленных недостатков. Консультант должен посещать больницу ежеквартально, оставляя письменные отчеты о проделанной работе и рекомендации для главного администратора.

В отсутствие аккредитованных лиц, имеющийся персонал отделения медицинской документации должен показать свою компетентность и умение обращаться с медицинской документацией, включая

подготовку историй болезни, сортировку их по файлам, хранение, индексирование, кодирование, статистическую обработку, безопасность и конфиденциальность в обращении, участие в программе совершенствования навыков, умение готовить документацию к вводу в автоматизированную систему.

Персонал отделения должен активно участвовать в выполнении больничной программы обеспечения качества.

Персонал отделения должен быть вовлечен в образовательные программы, относящиеся к его деятельности, включая первичную ориентацию, обучение на рабочем месте и регулярные занятия. Желательно его участие во внешних мероприятиях (профессиональная ассоциация и т.п.). На каждого сотрудника должен вестись соответствующий учет.

Отделение медицинской документации должно быть обеспечено достаточным помещением и оборудованием, чтобы персонал мог эффективно выполнять свои функции и содержать истории болезни на всех больных так, чтобы они были легко найдены. Микрофильмированные документы должны быть доступны врачебному составу, оборудование для их просмотра должно быть исправно.

Время хранения историй болезни зависит от потребностей в их использовании при наблюдении за больными, а также от юридических, образовательных или исследовательских целей. Если используется система хранения в компьютере, должна быть разработана система их быстрого обнаружения. Может быть использовано кодирование заболеваний или классификация заболеваний, или классификация операций, или система индексирования. Рекомендуется последнее издание Международной классификации болезней.

Отделение медицинской документации должно готовить основную медицинскую статистическую информацию, содержание которой определяется больницей и врачебным составом. Если больница участвует в автоматической системе обработки доку-

ментов, данные должны быть доступны администрации и врачебному составу.

Система сборов данных внутри больницы требует разработки механизма контроля за качеством работы персонала, его умением анализировать и кодировать документы. Регулярной частью этого процесса должна быть разработка системы обозначений, кодов и индексов.

Стандарты требуют, чтобы была определена роль отделения медицинской документации в общегоспитальной программе обеспечения качества.

Степень участия персонала отделения в деятельности по обеспечению качества и соответствующего комитета больницы зависит от величины и характера деятельности больницы, от возможностей персонала отделения и требований, предъявляемых ему.

Роль персонала отделения заключается в следующем:

- наблюдение за сбором данных с документацией их достоверности;
- обучение подсобного персонала, занятого размещением источников информации;
- определение потребности в информации со стороны комитетов и отдельных лиц;
- скрининг документации в соответствии с установленными критериями;
- участие в отборе предлагаемых форм, используемых для истории болезни, определение последовательности и формата содержимого истории болезни;
- оценка предлагаемых методов по улучшению сбора первичных данных и облегчению извлечения, анализа, составления таблиц и их документации;
- текущая оценка деятельности медицинских подразделений;
- обеспечение конфиденциальности при оценке качества обрабатываемых историй болезни.

При применении автоматических вычислительных систем для сравнительных исследований персонал,

занятый в обработке медицинской документации, должен быть знаком с работой этих систем, чтобы удовлетворить запросы врачебного состава.

Стандарты организации отдельных служб мы иллюстрируем стандартами по организации больничной службы неотложной помощи.

Службы неотложной помощи

Любое лицо, обращающееся в больницу за неотложной помощью, должно быть обслужено квалифицированным персоналом. Предоставленные услуги должны соответствовать возможностям больницы.

1. Согласно стандартам в каждой больнице должен быть разработан план неотложной помощи, базирующийся на нуждах общины и возможностях больницы.

Больница и ее медицинский персонал должны стимулировать, помогать создавать и внедрять в конкретной местности (общине) план неотложной помощи. Там где это возможно, больницы предлагающие оказание неотложной помощи, должны объединить усилия, чтобы обеспечить готовность каждой из них оказать эффективную неотложную помощь. В рамках такого единого коммунального (общинного) плана, все ресурсы служб неотложной помощи должны быть классифицированы по их возможностям в обеспечении неотложной помощи в данной общине. Такая классификация должна основываться на общей оценке возможностей больницы и ее персонала по обеспечению нужд коммуны в неотложной помощи.

Установлены специфические и общие требования для служб неотложной помощи четырех уровней.

Уровень 1. Службы неотложной помощи первого уровня предоставляют всестороннюю помощь больным все 24 часа в сутки с помощью, по крайней мере, одного врача, имеющего опыт в этой области неотложной медицины. Должно быть обеспечено круглосуточное, врачебное наблюдение, по крайней мере, по следующим специальностям: терапевтом, хирургом, ортопедом, акушером-гинекологом, педиатром и анестезиологом с помощью врачей больницы или опытных резидентов. Другие специальные консультации должны быть осуществлены не позднее, чем через 30 минут после возникновения необходимости в консультации. Должна быть организована система консультаций по телефону. Объем больничных услуг должен включать возможность внутри стационара решать физические и эмоциональные проблемы больного на окончательной основе.

Уровень 2. Неотложная помощь оказывается службой круглосуточно, с помощью, по крайней мере, одного врача, имеющего опыт в области неотложной медицины. Должна быть обеспечена возможность получить специализированную консультацию в течение 30 минут с помощью врачей больницы или старших резидентов. Допускается первоначальная консультация по телефону. Набор больничных услуг должен обеспечить оказание помощи при физических и эмоциональных проблемах пациента с организацией перевода больного в необходимых случаях в другое учреждение.

Уровень 3. При этом уровне неотложная помощь осуществляется круглосуточно с помощью по крайней мере, одного врача доступного через 30 минут после вызова дежурным персоналом больницы. Возможна его консультация по телефону.

Уровень 4. Этот уровень неотложной помощи предполагает оказание первой помощи по спасению

жизни и обеспечивает быстрое обращение в ближайшие больницы за необходимыми процедурами.

Перевод больных. Больные должны переводиться в другие лечебные учреждения в соответствии с коммунальным планом неотложной помощи. Госпиталь, оказывающий неотложную помощь, должен быть способен проводить мероприятия по спасению жизни, чтобы облегчить состояние пациентов, нуждающихся в переводе. Пока производится заполнение необходимой документации, больной не должен оставаться без помощи. Обязательны согласие больницы, куда переводится пациент принять его, а также стабилизация состояния больного для транспортировки. Должна быть обеспечена ответственность за состояние больного во время перевода и ведение необходимой документации.

Опознавательные знаки. Должны быть вывешены опознавательные знаки, показывающие расположение больницы и направления движения к ней с главных магистралей. На самой больнице также должны быть ясно видны опознавательные знаки.

Планы на случай катастроф. Роль службы неотложной помощи в планах мероприятий больницы на случай катастроф должна быть состыкована с возможностями больницы и коммуны. Требования к госпитальным планам излагаются в отдельных стандартах.

Внешняя связь. Система связи, например, радиотелефон или другие подходящие средства должны обеспечить непосредственный контакт службы неотложной помощи с административными органами, спасательными службами и другими службами неотложной помощи данной общины, чтобы обеспечить своевременную информацию о больных или травмированных, находящихся в критическом состоянии.

При наличии в общине многонационального населения связь должна быть обеспечена на языке доминирующих групп.

2. Стандарты требуют, чтобы служба неотложной помощи была хорошо организована, соответственно управляема и обеспечена штатом согласно характеру ее деятельности и объему оказываемых услуг.

Отношения службы неотложной помощи с другими подразделениями больницы должны быть отражены письменно в общегоспитальном плане.

Управление. Служба неотложной помощи должна управляться одним из врачей больницы. Заместитель директора или другой квалифицированный врач должны заменять его в его отсутствие. Директор, его заместитель или другой квалифицированный врач, стоящие во главе службы первого — второго уровня должны иметь хотя бы трехлетний период обучения и, или опыт по специальности достаточный для лечения неотложных состояний (это решается коллективом врачей). Директор ответственен за выполнение установленных правил и нормальную деятельность службы. Директор должен обеспечить качество и безопасность неотложной помощи на основе анализа результатов работы службы. Полномочия директора, его заместителя и других работников службы должны основываться на их подготовке и накопленном опыте, а также на их компетентности. Директор службы первого уровня, его заместитель, другие квалифицированные работники должны быть доступны при вызовах. Как правило, директор должен работать на полную ставку. Управление службы третьего уровня может обеспечиваться одним из госпитальных врачей.

Медицинский штат службы. Должен быть определен необходимый штат службы. Допустимо использование лиц, дежурящих на дому, применение групповых контрактов службы с врачами больницы

и других отделений. Для обеспечения консультаций специалистов узкого профиля с ними должны быть заключены соответствующие контракты. Если врачи работают лишь часть времени (вечерами, в конце недели, по праздникам), их деятельность по оказанию неотложной помощи должна быть контролируемой. Требования к медицинскому персоналу изложены в соответствующих стандартах.

Диагностические и лечебные процедуры неотложных больных назначаются только врачом. Очередность осмотра обращающихся за помощью определяется специально обученным персоналом с использованием правил, установленных директором службы и утвержденных врачебным коллективом. Расписание дежурств, а также порядок вызова для консультации должны вывешиваться в помещении службы.

Обеспечение сестринским персоналом. Медицинская сестра, получившая специальную подготовку и имеющая необходимый опыт, компетентная в оказании неотложной медицинской помощи должна следить за всей помощью, обеспечиваемой сестринским персоналом службы. Службы первого и второго уровня должны иметь в своем штате хотя бы одну лицензированную сестру и достаточное количество других работников постоянно или на контрактной основе занятых в отделении неотложной помощи. Число сотрудников сестринского персонала должно быть достаточно для оказания данного объема помощи. Третий уровень подразумевает возможность вызова квалифицированной по неотложной помощи медсестры, находящейся постоянно на дому.

Другой персонал. Если используются медицинские техники или другой персонал, их обязанности должны быть определены письменно. Другие работники больницы должны быть доступны для вызова в отделение неотложной помощи.

3. Стандарты требуют, чтобы взаимоотношения службы неотложной помощи с другими подразделениями больницы были четко отлажены.

Лабораторные службы, выполняющие обычные анализы крови, мочи и других тканевых жидкостей должны быть готовы к круглосуточной работе для обслуживания отделения неотложной помощи. Кроме того, отделения первого и второго уровня должны обеспечиваться лабораторной диагностикой следующих видов: газовый анализ крови, рН-исследования, коагуляционные пробы, осмолярность сыворотки крови и мочи, микробиологические исследования и, если потребуется, токсикологические исследования.

Должно быть обеспечено постоянное наличие препаратов крови или внутри госпиталя, или вне его. Больница должна производить определение групп крови и проб на совместимость, а также обеспечить правильное хранение крови.

Рентгеновские исследования. Рентгенодиагностика должна обеспечиваться как стационарной, так и передвижной аппаратурой круглосуточно. Для служб первого и второго уровней обязательно проведение ангиографии всех типов, ультразвука и ядерного сканирования.

Специальное оборудование. Для службы первого уровня обязательно наличие кардиопульмонального оксигенатора, операционного микроскопа, аппаратуры для измерения температуры тела и крови, ортопедического стола, рентгенографического оборудования, включая увеличитель изображения, эндоскопов всех типов, инструментария для краниотомии, электрокардиографа, осциллоскопа-дефибрилятора, снаряжения для имплантации кардиостимуляторов, механического вентилятора и аппаратуры для измерения кровяного давления, температуры, скорости кровотока и дыхания.

Понятно, что необходимые специалисты-хирурги, анестезиологи и весь персонал операционной должны быть готовы к работе через несколько минут.

Для службы второго уровня необходимо наличие аппаратуры для измерения температуры тела и крови, ортопедического стола, эндоскопов, электрокардиографа, осциллоскоп-дефибрилятора, механического вентилятора, рентгенографической аппаратуры.

Другие требования, относящиеся к неотложной помощи, рассматриваются в других разделах руководства: «Анестезиологические службы»; «Здания и территория», «Функциональная безопасность и санитария», «Контроль за внутригоспитальной инфекцией»; «Служба медицинской документации», «Медицинский штат», «Патологоанатомия и лабораторная служба», «Рентгеновское отделение», «Социальные службы».

4. Стандарты требуют, чтобы весь персонал больницы был готов к оказанию неотложной помощи путем соответствующего обучения.

Для всех регистрационных и лицензированных сестер, персонала, занятого в оказании неотложной помощи должна существовать программа тренировок. Если в больнице нет возможности осуществить такое обучение, должен быть найден вариант обучения вне ее. Программа должна быть одобрена директором службы или врачебным комитетом, а также руководителем службы медсестер. Программа должна быть достаточной по продолжительности тренировок и адекватной обязанностям каждого обучающегося.

Программа должна предусматривать следующее:

- выявление, интерпретация и документация признаков и симптомов, с которыми надо ознакомить врача;
- начало оживления при кардиопульмональных нарушениях и проведения других поддерживающих жизнь процедур; оживление при кардиопульмональных нарушениях должно «проигрываться» вра-

- чами, сестрами и другим персоналом, осуществляющим неотложную помощь возможно чаще;
- парентеральное введение электролитов, растворов, крови и ее компонентов;
 - начало лечения ран и сепсиса;
 - начало лечения ожогов;
 - начальное лечение повреждений конечностей и центральной нервной системы;
 - эффективное и безопасное использование электрического и электронного оборудования;
 - предупреждение заражения и перекрестной инфекции;
 - оказание внимания психологическим и социальным нуждам больного и его семьи.

Если необходимо, администрация больницы должна обеспечить возможность персонала службы неотложной помощи совершенствоваться вне больницы.

Программы обучения должны основываться, по крайней мере, частично на результатах анализа и оценки качества и доступности неотложной помощи. Обучение зависит от объема и сложности оказываемой неотложной помощи. Результаты обучения оформляются соответствующими документами.

5. Стандарты требуют, чтобы неотложная помощь больным проводилась в соответствии с письменными правилами и процедурами.

Должны быть разработаны письменные правила и процедуры, касающиеся объема и порядка оказания неотложной помощи, выполняющейся службой неотложной помощи. Эти правила утверждаются врачебным персоналом и больничной администрацией. Они должны пересматриваться, по крайней мере, ежегодно. Эти правила должны включать в себя, по крайней мере, следующее:

- размещение, хранение и заготовка медикаментов, крови, вспомогательных материалов и снаряжения;

- оказание помощи детям без сопровождения родителей, или больным, находящимся без сознания;
- обстоятельства, требующие, чтобы о состоянии больного был поставлен в известность лечащий врач;
- соблюдение конфиденциальности информации о больном и охрана медицинских документов;
- порядок представления информации и материалов полиции или органам здравоохранения;
- перевод и выписка больных;
- документация неотложной помощи, включая согласие больного на лечение;
- меры контроля за инфекцией, включая процедуры по профилактике заражения и перекрестной инфекции;
- поведение при поломке аппаратуры;
- соблюдение техники безопасности;
- наблюдение за посетителями;
- раздача лекарств в соответствии с требованиями соответствующего раздела «Фармацевтическая служба»;
- хранение ценных вещей больных;
- поведение персонала неотложной помощи при катастрофах;
- определение перечня процедур, которые не могут быть выполнены персоналом службы;
- определение состава персонала, кто, помимо врачей, имеет право выполнять специальные процедуры, при каких обстоятельствах и при какой степени контроля. Сюда относятся: оживление при кардиопульмональных нарушениях, включая дефибрилляцию; эндотрахеальная интубация, трахеотомия, дыхательная помощь, включая управляемую вентиляцию; назначение парентеральных препаратов против нарушения сердечного ритма, забор крови (артериальной и венозной) для анализа;
- перечень обстоятельств, при которых больной должен повторно поступить для оказания неотложной помощи;

- оказание помощи лицам, подвергшимся (или подозреваемым) радиоактивному облучению. Сюда относится измерение уровня радиоактивности, подготовка места для осмотра больного, включая изоляцию воздухооборота, чтобы предупредить возможность заражения, порядок проведения дезактивации, хранение, перевозка и удаление радиоактивных материалов. Должен быть назначен персонально ответственный за радиоактивную безопасность;
- обращение с жертвами сексуальных преступлений. Критерии для адекватной медико-юридической оценки должны включать порядок осмотра и лечения, требуемое согласие больного, сбор и хранение образцов, фотографий и других доказательств преступления, составление детального списка всего отобранного и, если это юридически обосновано, снабжение информацией должностных лиц. Осмотр и консультации осуществляются только при наличии конфиденциальности;
- обращение с заявлениями или подозрение об употреблении наркотиков несовершеннолетними;
- проведение неотложной помощи детям;
- привоз мертвых лиц, подтверждение обстоятельств смерти, сообщение соответствующим лицам;
- обращение с больными, находящимися в состоянии опьянения или под действием наркотиков, психическими больными;
- первая помощь больным с ожогами, травмами головы и конечностей, переломами, множественными повреждениями, отравлениями, укусами животных, огнестрельными и колотыми ранами и другими неотложными состояниями;
- предосторожности для предупреждения повреждений больных в бессознательном состоянии или с иррациональным поведением;
- профилактика столбняка и бешенства.

В службе неотложной помощи должны присутствовать справочные материалы по токсикологии и

информация об антидотной терапии, а также номер телефона регионального токсикологического центра. Должны быть сведения о региональном радиологическом центре, службе при укусах змей, о следователе по делам о насилиях, о судебно-медицинском эксперте, о полицейском управлении, о местном, муниципальном и национальном департаменте здравоохранения, санитарном транспорте и спасательных службах, о центре заготовки тканей и службах специальной помощи, не представленных в данной больнице.

6. Согласно стандартам служба неотложной помощи должна быть спроектирована и оборудована, чтобы обеспечить безопасную и эффективную помощь больным.

Больница должна быть легко доступна для доставки больного в службу неотложной помощи. Помещение должно быть в конце здания со входом на том же уровне. Вход должен быть заметен снаружи и быть доступным транспорту скорой помощи и пешеходам. Если для амбулаторных больных обеспечивается отдельный доступ, разница в уровне должна соединяться скатом, а не ступеньками. Входные двери должны быть хорошо освещены, защищены от непогоды и быть достаточно широкими. Носилки и коляски должны находиться рядом со входом, но не затруднять доступ к нему. Место для ожидания, телефон и туалетная комната должны быть доступны больным, ожидающим неотложной медицинской помощи и лицам, сопровождающим их. Посторонним лицам запрещено заходить в отделение неотложной помощи.

Устройство места оказания неотложной помощи должно обеспечивать соблюдение секретности (аудио-визуальной) без нарушения возможности оказания помощи. Помещение должно быть достаточно просторным для осмотра и лечения больных, обращающихся за неотложной помощью, особенно для больных с угрожающими жизни состояниями.

Койки для наблюдения. Если имеются койки для наблюдения, то должны быть разработаны правила по их использованию, включающие максимальный срок госпитализации на них, методы, обеспечивающие постоянное наблюдение и способы связи больного с обслуживающим персоналом. Обычно использование койки ограничено 12 часами для одного больного.

Внутренняя сигнализация. Должна быть обеспечена сигнализация между постом сестры и любым сотрудником, осуществляющим осмотр и лечение, а также быстрая связь отделения неотложной помощи с другими отделениями больницы.

Специальное обеспечение. Если необходимо, должны быть обеспечены помещения для осмотра гинекологом, офтальмологом, ортопедом или педиатром. Если проводится общая анестезия, зал для анестезии должен соответствовать требованиям, изложенным в разделе «Анестезиологические службы» Руководства и стандартам Национальной противопожарной ассоциации. Должна быть обеспечена безопасность от агрессивных или эмоционально неустойчивых больных.

Оборудование и запасы. Оборудование и припасы, используемые службой неотложной помощи, должны быть такого же качества, как и во всей больнице, и должны соответствовать всем стандартам помощи больных. Оборудование должно иметь метки в соответствии с программой безопасности в больнице, изложенной в разделе «Функциональная безопасность и санитария» Руководства.

В службах первого и второго уровня обязательно, а в службах третьего и четвертого уровня, если возможно, должны быть готовы к применению следующие объекты:

— кислород и оборудование для его применения;

- механическое дыхательное оборудование, включая воздуховоды, дыхательный мешок и вентилятор;
- кардиодефибриллятор со способностью к синхронизации;
- оборудование для мониторинга сердечно-сосудистой и дыхательной деятельности;
- инструментарий для торакоцентоза и закрытой торакостомии;
- инструментарий для трахеотомии;
- сосудистые протезы;
- ларингоскопы и эндотрахеальные трубки;
- отсосы трахеобронхиальные и желудочные;
- урологические катетеры с закрытыми системами контроля;
- плевральные и перикардальные дренажи;
- малый хирургический инструментарий;
- комплект неотложной гинекологии;
- стандартные лекарства, препараты против укуса змей (в соответствующих географических районах), антидоты при отравлениях, шприцы и иглы, парентеральные жидкости и оборудование для внутривенных инъекций.

Хирургические принадлежности должны быть готовы к немедленному использованию. Места для хранения должны быть обозначены соответствующим лицом и контролироваться, чтобы обеспечить возможность их немедленного использования. Должна иметься система регулярного учета их наличия. Должен иметься холодильник для хранения биологических и других препаратов.

Столы для осмотра должны быть устойчивыми, крепиться и обеспечивать необходимые требования при осмотре. Рекомендуются носилки и столы, защищаемые для рентгеновских лучей. Боковые перила и ремни безопасности должны быть доступны.

7. Стандарты требуют, чтобы медицинская документация заводилась на каждого больного, обра-

тившегося за неотложной помощью, и вкладывалась в историю болезни. Журнал учета (контрольный регистр) должен достаточно полно регистрировать всех больных, обратившихся за неотложной помощью.

Карточки неотложной помощи (Emergency Medical Record) должны содержать всю медицинскую документацию о предшествующих относящейся к делу событиях, о стационарной или амбулаторной помощи больному, включая предыдущие визиты в службу неотложной помощи, и быть доступной для приходящего врача или других должностных лиц. При каждом посещении больным службы неотложной помощи в документе должно найти свое отражение следующее:

- данные о личности больного, если это не возможно, в карте приводится причина;
- время и средства доставки;
- история заболевания или травмы, данные осмотра, включая признаки жизни (основные функции);
- скорая помощь, оказанная до прибытия;
- диагностические и лечебные назначения;
- данные наблюдения, включая результаты лечения;
- результаты процедур и анализов;
- диагностические вмешательства;
- заключение об окончании неотложной помощи, включая эпикриз, состоянии больного при выписке или переводе, инструкции больному или его семье о последующем лечении;
- отказ больного о следовании медицинским советам.

Медицинский документ должен быть заверен лицом, ответственным за его аккуратное заполнение.

Рекомендуется, чтобы документ об амбулаторном лечении больного в кабинете неотложной помощи был доступен практику, осуществляющему неотложную помощь, и являлся частью (необязательно) истории болезни.

Контрольный регистр. Журнал учета должен вестись постоянно и включать, по крайней мере, следующую информацию о каждом лице, обратившемся за помощью: данные о личности (фамилия, возраст, пол); дата, время и способ доставки; природа жалоб; расположение духа; время ухода. Данные об умерших лицах, доставленных в отделение, также заносятся в регистр. Информация, основанная на данных регистра, может помочь при планировании службы и для оценки качества оказываемой помощи. Эта информация может быть полезной и при планировании здравоохранения на муниципальном уровне.

8. Согласно стандартам качество помощи больным, обеспечиваемой службой неотложной помощи, должно постоянно проверяться, оцениваться путем установления механизма контроля качества.

Глава службы неотложной помощи или председатель больничного комитета по неотложной помощи должен нести ответственность за обеспечение и документацию своевременной проверки состояния службы. Проверка должна проводиться, по крайней мере, ежемесячно и должна включать использование медицинской документации и предшествующих критериев. В случае смены персонала или при работе его неполное время проверки рекомендуется проводить чаще. Особое внимание уделяется проверке случаев, когда в отделение были доставлены умершие, или всех случаев наступления смерти во время оказания неотложной помощи, или также в течение 24 часов после «выписки» из службы неотложной помощи. Рекомендуется проводить периодические конференции о лечении травмы и других неотложных состояний для соответствующего персонала, чтобы оценить и выявить те или иные недостатки и слабые стороны в усилиях «неотложной команды».

Должны быть установлены, по крайней мере, следующие механизмы контроля и обеспечения качества:

- копия документа (если разрешено) должна быть доступна врачу, осуществляющему дальнейшее лечение больного (вне отделения неотложной помощи);
- должен быть обеспечен своевременный контроль за рентгенограммами, их расшифровка должна быть доступна лечащему врачу и врачу, осуществляющему неотложную помощь. Должен быть отработан порядок, обеспечивающий выборку больных, требующих дополнительного обследования и дополнительной расшифровки рентгенограмм;
- данные лабораторных исследований должны быть своевременно доступны лечащему врачу и врачу, осуществляющему неотложную помощь. Должен быть отработан порядок, обеспечивающий выделение больных, нуждающихся в дополнительных или повторных исследованиях;
- данные электрокардиографии должны быть доступны лечащему врачу и врачу, осуществляющему неотложную помощь. Должен быть отработан порядок, обеспечивающий определение больных, нуждающихся в дополнительных исследованиях;
- перевод больного должен осуществляться безопасно в соответствии с письменным протоколом перевода;
- больные, получившие переливание крови, включаются в больничный регистр по переливанию крови;
- больные, получившие антибиотики, включаются в госпитальный регистр по использованию антибиотиков;
- карты неотложной помощи больных за последние сутки должны просматриваться шефом службы для обеспечения адекватности лечебных мероприятий и документации;
- хирургические препараты, удаленные у больных во время оказания неотложной помощи, направляются к патологу, за исключением тех, которые подлежат судебно-медицинскому исследованию.

Оглавление

Введение	3
Глава 1. Качество медицинской помощи	
Определение понятия	5
Обеспечение качества медицинского обслуживания	14
Глава 2. Стандартизация в медицине	
Стандартизация в сфере производства товаров и услуг	16
Стандартизация медицинского обслуживания	
Общие сведения	24
Виды стандартов медицинской помощи и их характеристики	26
Стандарт — это идеал или реальность?	39
Приложение. Процедура и стандарты аккредитации американских больниц	42
Права и обязанности больных	48
Взаимоотношения между собственником больницы и ее руководством	53
Управление больницей и административные службы	55
Врачебный персонал	57
Обеспечение качества медицинской помощи	58
Программа обеспечения функциональной и санитарной безопасности	59
Фармакологический контроль	63
Медицинская документация	64
Службы неотложной помощи	75
Список литературы	92

Список литературы

1. Accreditation Manual for Hospital, 1990
2. ASHP Annual Report - 1990// Amer. J. Hosp. Pharmacy, 1991, Vol. 48, N 5, p. 1009 - 1023
3. H. Blum. Evaluating health care // Medical care, 1974, N 12, p. 999 - 1011
4. Х. В. Вуори. Обеспечение качества медицинского обслуживания // Европейское бюро ВОЗ, Копенгаген, 1985, с. 178
5. C. Cottérell, L. Dombroske, E. Fishermann. Comprehensive drug-use evaluation program in a health maintenance organisation // J. Am. Hosp. Pharm., 1991, Vol. 48, N 8, p. 1712 - 1717
6. Donabedian, A. Promoting quality through evaluating the process of patient care // Medical care, 1968, N 6, p. 181 - 201
7. R. W. Dubois. Inherent limitations of Hospital Death Rates to assess quality // Int. J. of Techn Access in Health Care, 1990, Vol.6, N 2, p. 220 - 228
8. A. Green, St. Harrison. Efficiency - perversity in hospital services // Health services, 1991, Vol. 85, N 3, p. 134 - 136
9. P. H. Jacobsen. Inter Dental standards. The Work of ISO - TC - 106 // British Dental Journal, 1988, Vol. 165, N 3, p. 109 - 111
10. Порт, Дж. Кэри. Стремление к совершенству // Бизнес Уик, 1992, N 11, с. 20 - 24

11. Quality assurance in diagnostic radiology // WHO, Geneva, 1982
12. Quality assurance in nuclear medicine // WHO, Geneva, 1982
13. M. Y. Roemer, Controlling and promoting quality in medical care // Havighurst, C.C. & Weistart, I.C., ed. Health care. Dobbs Ferry, NY, Oceana Publications, 1972
14. B. Westerholm. Therapeutic auditing at the national and international clinical pharmacology // Supp. 1, Vol. 22, 1986, p. 558 - 598
15. Управление качеством продукции ИСО - 9000, ИСО - 9004, ИСО - 8402. ИСО. // Издательство стандартов, 1988, с. 94

Мыльников И.С., Кричагин В.И., Индейкин Е.Н.
М 946 Стандарты медицинской помощи. 1-е изд.
— М.: Присцельс, 1993 — 96 с., 2 ил. —
(Серия «Страхование здоровья: преимущества и
недостатки»)

ISBN 5—85324—008—0

Пятый выпуск из серии «Страхование здоровья» под названием «Стандарты медицинской помощи» анализирует проблемы качества медицинских услуг и различные подходы к их стандартизации.

Серия рассчитана на широкий круг читателей. Особый интерес она представляет для руководителей местных администраций, народных депутатов - членов комиссий по здравоохранению, работников финансовых учреждений, профсоюзных деятелей, организаторов здоровья, руководителей страховых компаний, социальных и медицинских работников, фармацевтов, а также всех тех, кто интересуется проблемами медицинского страхования.

Библиогр. 15 назв.

0605010207—001

М

ББК 65.9(2)261.7

Ц34(03)—93

Мыльникова Ирина Сергеевна
Кричагин Владимир Иванович
Индейкин Евгений Николаевич

Стандарты медицинской помощи.

*Главный редактор И.С.Мыльникова
Корректор К.В.Бутенко
Оформление макета Филимонцева Е.В.*

Сдано в набор 15.12.92. Подп. к печати 20.01.93.
Формат 84x108 1/32. Бумага кн. - журн. Печать высокая.
Уел. печ. л. 4,99. Уч. - изд. л. 4,05.
Тираж 10000 экз. Заказ 7.

Издательство «Присцельс»
111024, г. Москва, Авиамоторная ул., д.12
Адрес для писем: 117418, г. Москва а/я 64

Отпечатано в Московской типографии №13.
107005, г. Москва, Денисовский пер., д. 30.

Читателям
которые хотели бы познакомиться
с полным текстом
Руководства по аккредитации
американских больниц,
мы предлагаем обратиться за справками
в Медико-консультативную фирму
«Алтей».

