**КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: УТОЧНИМ СМЫСЛ ПРИВЫЧНОГО ПОНЯТИЯ**

Стандартизация услуг здравоохранения требует типизации базовых формулировок.

С развитием медицинского страхования и платных услуг в медицинской и юридической практике всё активнее используется понятие «качество медицинской помощи». Не смотря на кажущуюся очевидность смыслового значения, до настоящего времени нет общепринятого определения этого термина, а разнообразие существующих формулировок лишь затрудняет взаимодействие судебных органов и экспертных служб с учреждениями здравоохранения. Практика показывает, что в этом, казалось бы, достаточно простом и понятном словосочетании, скрыто большое количество важных нюансов, без учета которых вряд ли можно рассчитывать на объективность оценок и экспертиз. При этом конфликты между производящей, потребляющей и финансирующей сторонами рискуют сделаться неизбежным атрибутом экономических отношений.

К медицинской услуге, имеющей своей целью оказание медицинской помощи пациенту, российским законодательством предъявляется требование полноты осуществления сторонами договорных обязательств. Доверив своё здоровье и жизнь медицинским работникам, пациент (попечитель) обязан информировать персонал медицинского учреждения о состоянии своего здоровья, соблюдать все врачебные предписания и оплачивать медицинские действия (при получении услуг на коммерческой основе) согласно действующему в медицинском учреждении порядку. Персонал медицинского учреждения, в свою очередь, обязуется предоставить пациенту медицинскую помощь должного качества и объёма. Остановимся на указанном обстоятельстве.

Что означают данные требования? По-видимому, предоставляемая медицинская помощь должна быть оказана:

1. своевременно;
2. с использованием всех ресурсов (врачебных, диагностических, лекарственных, финансовых и т. п.);
3. с полным соблюдением технологии лечения для данного вида заболевания; кроме того, предполагается, что медицинская помощь достигнет желаемого результата в отношении состояния здоровья пациента, не ухудшит его, оставит пациента удовлетворённым предпринятыми действиями медицинского персонала.

Весь описанный спектр свойств процесса оказания медицинской помощи закон именует качеством медицинской помощи (КМП).

**Лучше видится то, что хочется видеть**

Совершенно очевидно, что понятие "качество медицинской помощи" может пониматься и трактоваться по-разному в зависимости от того, с позиции чьих интересов оцениваются итоги медицинской деятельности. Так для пациента самым важным, скорее всего, будет то, насколько результаты лечения оправдали его надежды и ожидания. Для лечащего врача, - в какой мере фактический итог его работы соответствует тому состоянию пациента, на которое он (врач) рассчитывал, определяясь с характером патофизиологических отклонений и планируя схему лечения. Для врачей-консультантов смежных специальностей особенно важным будет оценить, насколько полно при разработке схемы лечения были учтены различные сопутствующие заболевания и физиологические особенности пациента. Для клинического фармаколога - насколько грамотно и эффективно была подобрана комбинация лекарств и иных методов воздействия с учетом их совместимости и взаимовлияния друг на друга. Для экспертов системы внешнего контроля, - в какой степени реальный результат работы медицинского персонала (специалиста) соответствует определенным технологическим и экономическим стандартам, предусмотренным для данного заболевания.

Для ученых и разработчиков алгоритмов контроля одним из важнейших вопросов (помимо показателей результативности у конкретного больного) является также то, насколько тот или иной технологический шаблон или стандарт конечных результатов отражает реальные особенности состояния пациента и пригоден для экспертных сопоставлений. Ведь каждый случай заболевания по-своему уникален и отличается от другого. К тому же условия для оказания медицинской помощи на разных территориях РФ существенно отличаются друг от друга. Поэтому проблема адекватности стандартов качества особенностям того или иного пациента и возможностям местной системы медицинского помощи является одной из наиболее сложных в современном здравоохранении. Приходится констатировать, что в РФ процесс разработки пригодных для массового применения стандартов ещё далек от своего завершения как с точки зрения научных и методологических подходов, так и в плане организационно-методических, технологических, финансовых и нравственных аспектов этой проблемы.

**Проще не значит понятнее**

Задача объективной оценки качества медицинской помощи в настоящее время приобрела характер не только одной из труднейших, но и наиважнейшей проблемы, непосредственно связанной с политикой и стратегией построения в РФ правового государства. Она возникает и все более нарастает по мере усложнения технологий, развития медицинского страхования, она – продукт интенсивного пути развития здравоохранения. Сегодня качество медицинской помощи рассматривается с разных позиций – эффективности, адекватности, экономичности, морально-этических норм. Когда говорят о целях здравоохранения, то в качестве основной обычно называют повышение уровня здоровья населения и максимально полное удовлетворение его потребности в квалифицированной и качественной медицинской помощи. Базовым условием, определяющим круг приоритетов в решении этой задачи, можно считать то, какой смысл общество изначально вкладывает в понятие "качество медицинской помощи", и насколько точно и всеобъемлюще его суть раскрывается в используемых терминах и определениях.

Мне представляется, что в настоящее время одним из наиболее точных определений понятия «качество медицинской помощи» можно считать следующее (Н.Мелянченко «Целительство и власть», МГ №20 от 24.03.2010): «качество медицинской помощи - характеристика соответствия последствий внешнего целенаправленного воздействия на живой организм, нуждающийся в коррекции физиологического состояния, типовому стандарту, основанному на статистически достоверном прогнозе результата, ожидаемого в подобных случаях». Необходимо обратить внимание на такие непременные условия в определении качества, как наличие:

* ясных представлений о прогнозируемом результате воздействия;
* репрезентативной статистической базы учета подобных случаев;
* типового стандарта технологии воздействия и поэтапного физиологического ответа;
* целенаправленного характера вмешательства, т.е. заведомо ясного представления о мишенях воздействия и характере их возможных реакций;
* убедительных доказательств того, что данный организм действительно нуждается в коррекции физиологического состояния, а выбранный (предлагаемый) способ внешнего воздействия статистически достоверно приводит к его нормализации;
* объективно проявившихся нормализующих последствий, достаточных для восприятия их в качестве результата, пригодного к сопоставлению с типовым стандартом.

Из этого следует, что методы контроля и оценки качества медицинской помощи могут быть использованы только при наличии у исполняющей и контролирующей сторон достаточных сведений по признакам подобия, прогнозу результата, стандартизации, целеполаганию способа воздействия, критериям нуждаемости и сопоставлениям с аналогами.

В повседневной практике российского здравоохранения пока чаще используется иное определение качества МП (медицинской помощи). Оно содержится в общих европейских стандартах ИСО 9000, которые распространяются на сферу производства и услуг, в том числе, услуг медицинских. Согласно данной системе стандартизации медицинская помощь представляет собой «деятельность по ремонту биологических систем человеческого организма». Качество медицинской помощи (quality of medical care) определено как «совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи имеющимся потребностям (состоянию пациента), его ожиданиям, современному уровню медицинской науки и технологии».

Данное определение в большей степени соответствует нашим житейским представлениям о качестве лечения в его общечеловеческом, бытовом значении. Однако содержащиеся в нём достаточно общие и неконкретные критерии типа «ожидания пациента», «имеющиеся потребности», «современный уровень науки и технологий» делают определение мало пригодным для использования в работе внешних систем контроля и в юридической практике. Так как допускают субъективное толкование этих понятий. С этой точки зрения принцип «качество МП – это характеристика соответствия конкретного результата лечения обоснованному прогнозу, ожидаемому в подобных случаях» (упрощенная версия формулировки Мелянченко) представляется в большей степени соответствующим его истинному значению. Особенно при организации работы экспертных служб на принципах «доказательной медицины». Понятие экспертиза качества медицинской помощи в этом случае можно представить как определение степени соответствия результата лечения обоснованному прогнозу (типовому стандарту). Использование данной формулировки даёт организаторам здравоохранения более широкий спектр возможностей для типирования и стандартизации методик воздействия на организм человека с учетом конкретных условий и обстоятельств.

Помимо крайне важного для объективной оценки качества МП требования подобия исходных условий для прогноза и результата, первое определение позволяет также конкретно и недвусмысленно разграничить такие понятия, как необходимая, дополнительная или навязанная услуга. (Формулировка определяет в качестве медицинской помощи только то воздействие, которое производится при наличии объективной потребности в коррекции физиологического состояния организма. В этом случае услуги, оказываемые без необходимости или только по желанию самого пациента, могут быть квалифицированы не как медицинская помощь, а, в зависимости от намерений врача или пациента, как несанкционированное медицинское вмешательство, либо как дополнительное обслуживание медицинского или немедицинского характера). А также вывести из категории медицинской деятельности различные типы воздействия, основанные на ненаучных или непроверенных знаниях (парапсихология, недобросовестное целительство, оккультизм и пр.). Так как при такого рода услугах помощь осуществляется без ясных представлений о механизмах воздействия, его результате, без возможностей достоверного прогнозирования последствий и сопоставлений с аналогам (т.е. в строгом смысле уже не может считаться медицинской), после прекращения жизнедеятельности организма и т.п.

Европейское бюро ВОЗ в одном из своих отчетов, посвященном формированию принципов обеспечения качества медицинской помощи, указало на необходимость при решении данной проблемы учитывать четыре ее элемента:

• квалификацию специалиста;

• оптимальность использования ресурсов;

• риск для пациента;

• удовлетворенность пациента от взаимодействия с медицинской подсистемой.

Учитывая это, разработано и в некоторых случаях используется следующее определение качества МП: “Качество медицинской помощи - это содержание взаимодействия врача и пациента, основанное на квалификации профессионала, т.е. его способности снижать риск прогрессирования имеющегося у пациента заболевания и возникновения нового патологического процесса, оптимально использовать ресурсы медицины и обеспечивать удовлетворенность пациента от его взаимодействия с медицинской подсистемой”.

Институтом медицины США в отчете по программе Medicare (1990) предлагается следующее разъяснение понятия качества МП: "Под качеством медицинской помощи следует понимать степень, до которой предпринятые медицинские действия повышают вероятность достижения желаемых результатов и соответствуют уровню современных профессиональных знаний".

**Надлежащее и ненадлежащее качество**

В медицинской литературе и практике экспертных оценок зачастую используются также такие термины, как надлежащее и ненадлежащее качество МП. Одним из наиболее распространенных определений этого понятия является следующее:

- надлежащее качество медицинской помощи - это соответствие оказанной медицинской помощи современным представлением о ее необходимом уровне и объеме при данном виде патологии с учетом индивидуальных особенностей больного и возможностей конкретного медицинского учреждения (специалиста);

- ненадлежащее качество медицинской помощи - это несоответствие оказанной медицинской помощи общепринятым современным представлением о ее необходимых уровне и объеме при данном виде патологии с учетом индивидуальных особенностей больного и возможностей конкретного медицинского учреждения (специалиста).

Необходимо отметить, что данные определения, как и большинство трактовок термина "качество МП", представленных выше, опираются на критерии, допускающие возможность двусмысленного или субъективного толкования. Поэтому при разработке стандартизованных систем контроля многие разработчики стремятся конкретизировать и формализовать смысл этих понятий. Например, если при оценке работы медицинского персонала исходить из того, что качество МП, это характеристика соответствия практического результата лечения обоснованному прогнозу, термины «надлежащее» и «ненадлежащее» уже можно рассматривать в качестве некого формализованного обобщающего заключения, отражающего степень совпадения или отклонения этих показателей друг от друга. Согласно этой логике экспертная оценка «медицинская помощь надлежащего качества» может быть вынесена в случаях, когда показатели результата лечения полностью совпадают либо отклоняются от прогнозируемых параметров на величины, заранее отнесенные службой контроля к категории приемлемых. Соответственно отклонение показателей результативности за пределы допустимых значений позволяет квалифицировать результат как неприемлемый, а само лечение характеризовать как «медицинская помощь ненадлежащего качества».

С учетом указанных представлений и рекомендаций международных медицинских организаций во многих субъектах РФ в настоящее время приняты собственные определения КМП. Так, например, в соответствии с действующим на территории Санкт-Петербурга порядком контроля за КМП, качеством медицинской помощи является «свойство процесса оказания медицинской помощи, характеризующее состояние следующих его существенных признаков: выбор и выполнение медицинских технологий; риск прогрессирования имеющегося у пациента заболевания и риск возникновения нового патологического процесса; оптимальность использования ресурсов, направляемых на эти цели; удовлетворенность потребителей медицинских услуг».

Итак, для градации медицинской помощи на помощь надлежащего и, соответственно, ненадлежащего качества, необходимо измерить качество отдельных его составляющих:

* удовлетворённость пациента (изучение обоснованности/необоснованности его претензий в зависимости от использования медицинским персоналом технологий и ресурсов)
* оптимальность использования ресурсов (изучение наличия/отсутствия и использования/неиспользования имеющихся в наличии у персонала медицинского учреждения ресурсов)
* риск заболевания (факт достижения прогнозируемого изменения состояния здоровья пациента; факт достижения непрогнозируемого результата при соблюдении всех технологий под влиянием атипичности заболевания, исключительных индивидуальных особенностей организма пациента, сопротивлении пациента лечению и проч.).

Исходя из указанных требований медицинская помощь ненадлежащего качества определена как «процесс оказания медицинской помощи, в котором имеются врачебные ошибки, способствующие нарушению выполнения медицинских технологий, увеличению или неснижению риска прогрессирования имеющегося у пациента заболевания, риска возникновения нового патологического процесса, неоптимальному использованию ресурсов здравоохранения и неудовлетворенности».

Американский исследователь А. Донабедиан в 1966 г. в фундаментальной статье "Оценка качества медицинской помощи" выделил три основных подхода к оценке КМП: по результату, по структуре, по процессу медицинской помощи. Данные критерии широко используются до настоящего времени. В последние годы все большую популярность приобретают социологические методы оценки КМП, основанные на результатах опросов потребителей и специалистов.

**Стандарты существуют, но мнение экспертов важнее**

Я уже упоминал о том, что в России не существует стандартов КМП для выполнения большинства медицинских процедур. Поэтому зачастую они выполняются по принятому в медицинском учреждении обыкновению, по сложившейся практике, по советам коллег, по внутреннему наитию врача. Соответственно и сравнение реального медицинского действия с некой идеальной моделью лечения представляется достаточно проблематичным. Как правило, в таких случаях о правомерности выбранной врачом технологии судят эксперты — квалифицированные специалисты-врачи с многолетним стажем, получившие соответствующее разрешение. Для достижения наиболее объективной оценки КМП нередки случаи привлечения целых комиссий врачей, а также использование корпоративных стандартов КМП (стандарты, разработанные и утверждённые в медицинском учреждении, в медицинской ассоциации и др.).

При наличии спора между медицинским учреждением и пациентом о качестве оказанной медицинской помощи для разрешения дела по существу назначается экспертиза качества медицинской помощи. В большинстве подзаконных актов субъектов РФ экспертиза КМП определена как «исследование случая оказания медицинской помощи, выполняемое экспертом КМП, в задачи которого входит выявление медицинских ошибок, описание их реальных и возможных следствий, выяснение причин возникновения медицинских ошибок, оформление обоснованного заключения и составление рекомендаций по предотвращению типичных медицинских ошибок». Экспертиза может быть назначена местными органами управления здравоохранением, страховой медицинской организацией по просьбе гражданина, самим пациентом. В случае назначения экспертизы в рамках гражданского судопроизводства экспертиза именуется судебной и назначается судьёй по предложению сторон, как правило, в государственном органе по производству судебных экспертиз.

Экспертиза КМП проводится с помощью одной из утверждённых методик оценки КМП (сравнение со стандартами КМП, расчёт уровня качества лечения -УКЛ, автоматизированная технология экспертизы - АТЭ КМП и др.). В некоторых субъектах РФ (Санкт-Петербург, Кемеровская, Белгородская, Московская, Тульская, Самарская область, Чувашская республика и др.) действуют стандарты проведения экспертизы КМП. АТЭ КМП представляет собой использование экспертом КМП электронной программы, разбивающей случай оказания медицинской помощи на этапы и последовательно проверяющей правильность их выполнения врачом.

Близким по смыслу к понятию "качество медицинской помощи" является сравнительно новый для здравоохранения РФ термин "качество медицинского обслуживания населения". (Слово "помощь" здесь вполне логично заменено на "обслуживание", так как оно в большей степени подходит для характеристики медицинской деятельности внутри больших групп населения в пределах крупной административной территории и не связано с оценкой помощи отдельным лицам). Для объективной оценки качества медицинского обслуживания населения на территории (КМОНТ), как правило, используют среднюю величину выраженных в баллах критериев (в соответствие со специальной шкалой экспертных оценок). К критериям КМОНТ обычно относят: доступность медицинской помощи, полноту сложившейся здравоохраненческой инфраструктуры, укомплектованность кадрами и квалификацию медицинского персонала, материально-техническое обеспечение, санитарно-эпидемиологический режим, организацию питания в стационарах, лекарственное обеспечение, соблюдение этических и деонтологических норм, адекватность оказания медицинской помощи на всех уровнях системы и этапах лечения, интегрированный показатель деятельности лечебно-профилактических учреждений по так называемой «модели конечных результатов» и пр.

**Николай Мелянченко, профессор**