

- http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/drugs/smoking/smoking_faq.aspx. – Date of access: 19.02.2016.
10. Finnish Employers Pay Employees to Quit Smoking Habits // Balita [Electronic resource]. – 2010. – Mode of access: <http://balita.ph/2010/02/22/finnish-employers-pay-employees-to-quit-smoking-habits>. – Date of access: 19.02.2016.
 11. Ташенова, Г. Современные тенденции в борьбе против табакокурения: краткий обзор мирового опыта / Г.Ташенова // G-Global [Электронный ресурс]. – 2014. – Режим доступа: <http://group-global.org/ru/publication/23514-sovremennyye-tendencii-v-borbe-protiv-tabakokureniiya-kratkiy-obzor-mirovogo-opyta>. – Дата доступа: 19.02.2016.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

Н. Е. Хейфец

ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения» (ГУ «РНПЦ МТ»)

Обеспечение качества медицинского обслуживания – приоритетная цель деятельности системы здравоохранения. Необходимость создания эффективного механизма оказания качественной и доступной населению медицинской помощи явилась основной предпосылкой начала работ по разработке и внедрению стандартизованных технологий медицинской помощи и нормативов по обеспечению требуемыми для этого ресурсами, что связано с созданием необходимых условий для достижения запланированных показателей лечебно-диагностического процесса.

Управление качеством в здравоохранении трактуется как обеспечение качества медицинской помощи через достижение оптимальной степени упорядочения в отрасли путем разработки и установления требований, норм, правил, характеристик условий, продукции, технологий, работ, услуг, применяемых в здравоохранении, на основе критического анализа результатов научных исследований с учетом экономической целесообразности.

Качество медицинской помощи также могут обеспечить:

- стандартизация медицинских технологий (разработка и внедрение технологических стандартов – клинических протоколов; стандартов на ресурсы здравоохранения, которые содержат требования к квалификации специалистов-медиков, к недвижимости и оборудованию организаций здравоохранения, к используемым медикаментам и материалам, а также требования к их изготовлению, подготовке, использованию и т.п.; организационных стандартов, которые содержат требования к системам организации и эффективного и безопасного использования ресурсов здравоохранения и касаются систем управления, организации лечебного процесса, программ контроля качества и обеспечения безопасности организаций здравоохранения; стандартов на информационные технологии, обеспечивающих регламентацию параметров, требований и методов испытаний компонентов и средств информационных технологий;

образовательных стандартов, содержащих требования к квалификации, аттестации и сертификации медицинского, фармацевтического и вспомогательного персонала, и т.д.);

- отработка разноуровневой системы контроля и экспертизы качества медицинской помощи (регламентация функций экспертов различных ступеней контроля, главных специалистов, уточнение методологических принципов и объемов клинико-экспертной работы);
- разработка и внедрение автоматизированной системы управления качеством медицинской помощи;
- изучение и учет данных по удовлетворенности пациентов оказываемой им медицинской помощью, соблюдение принципов медицинской деонтологии;
- обеспечение непрерывности медицинского образования, организация работы клинических, патологоанатомических конференций и т.д.

Дальнейшее развитие систем управления качеством медицинской помощи связано с использованием принципов всеобщего управления качеством, которые предполагают ориентацию на потребителя медицинских услуг, лидерство руководителя, системный подход к управлению, участие всех работников в обеспечении качества, использование медицинских технологий, эффективность которых доказана.

Стандартизацией деятельности в здравоохранении предполагается обеспечить достижение и поддержание соответствующего современным реалиям уровня медицинской помощи, постоянное повышение качества профилактических и лечебно-диагностических мероприятий, надлежащее качество оказываемой населению медицинской помощи.

Несмотря на все многообразие форм и методов экспертизы качества медицинской помощи, считается возможным решить проблему контроля качества медицинского обслуживания только при наличии разработанных стандартов оказания медицинской помощи, когда методы оценки качества основаны на сопоставлении реальной ситуации с желаемой (оптимальной или идеальной). Формализованным представлением такой желаемой ситуации являются стандарты, а требования, заложенные в них, следует рассматривать как базовые (эталонные), обязательное выполнение которых обеспечивает определенный уровень качества в системе здравоохранения. Стандарт выступает как средство определения ожидаемого качества, как утвержденная модель, которой необходимо следовать и которая является основой для оценки процесса и результата. С позиции управления качеством стандарты должны определять:

- минимально допустимый уровень качества через обозначение обязательных требований, образующих основу программы государственных гарантий медицинского обслуживания населения за счет средств бюджета;

- направления дальнейшего совершенствования качества через формулирование дополнительных требований, носящих рекомендательный характер.

Необходимость стандартизации определяется потребностями системы здравоохранения по непрерывному обеспечению качества, так как документы системы стандартизации создают нормативную основу для оценки качества и формирования показателей конкретных медицинских услуг.

За рубежом стандартизация в медицине нашла свое применение как метод контроля качества медицинской помощи и ограничения стоимости медицинских услуг. Медико-экономические стандарты позволили остановить неконтролируемый рост затрат на охрану здоровья и, в значительной мере, обеспечить высокое качество медицинской помощи. Сегодня подходы к стандартизации в медицине во всем мире сближаются, особенно в государствах с высоким уровнем финансирования здравоохранения на душу населения. Многие страны принимают за основу международные стандарты, вносят в них необходимые коррективы, отражающие национальные особенности.

Следует отметить, что в принятом в международном сообществе понимании медицинские стандарты являются набором критериев качества и эффективности медицинской помощи, которых необходимо достичь. Медицинские стандарты – это одна из технологий, влияющих на процесс достижения требуемого эффекта путем оказания качественной медицинской помощи. Стандарты действуют на национальном уровне, и с их помощью посредством индикаторов качества обеспечивается обратная связь с ЛПО или отдельным врачом, прослеживаются потребности ресурсного обеспечения системы здравоохранения.

Информационным источником для создания медицинских стандартов являются строго научные данные – клинические рекомендации (Clinical Practice Guidelines), разработанные с помощью определенной методологии и призванные помочь врачу в принятии решения по оказанию рациональной медицинской помощи в различных клинических ситуациях.

Клинические рекомендации создаются на основании изучения доказательной базы применения лекарственных средств и медицинских технологий. Их разработкой занимаются специалисты крупных научных центров, таких как NICE (National Institute for Health and Care Excellence) в Англии и SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network) в Шотландии. Созданию клинических рекомендаций предшествует длительная научная работа: для исключения систематической ошибки специалисты междисциплинарных рабочих групп ведут поиск и изучение доказательной базы по строго определенным критериям качества доказательств – их полноты, новизны, объективности.

Задачей специалистов, создающих медицинские стандарты, является изучение, сравнение, анализ и внедрение лучших доказательств из систематизированных исследований в клиническую практику для использования их в интересах пациентов.

В странах СНГ, используя авторизованные переводы рекомендаций NICE и SIGN, создают адаптированные клинические руководства, на их основе разрабатывают унифицированные (национальные) клинические протоколы, которые, в свою очередь, служат основой разработки локальных клинических протоколов и клинических путей организаций здравоохранения.

Так как информация о существующих клинических рекомендациях является общедоступной, то национальные разработчики адаптируют эти рекомендации к условиям соответствующего государства и создают на их основе стандарты (в Республике Беларусь – клинические протоколы) с включением в них эффективных технологий и лекарственных средств, зарегистрированных в данной стране.

Таким образом, в нашей стране стандартизация медицинской помощи осуществляется путем разработки клинических протоколов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, основанных на принципах доказательной медицины; внедрения формулярной системы и формирования ограничительных списков – перечня основных лекарственных средств, республиканского формуляра, формуляров организаций здравоохранения.

Формулярная система, эффективность функционирования которой доказана опытом самых передовых стран мира, безусловно, способствует рациональному и оптимальному лекарственному обеспечению населения Республики Беларусь. Правильно внедренная формулярная система позволяет сократить число наименований закупаемых лекарств и помогает теми же средствами закупать большее количество безопасных и эффективных лекарственных средств. Наличие списка используемых в учреждении здравоохранения лекарств позволяет проводить целевые программы повышения квалификации врачей и собирать более полную информацию о лекарственных средствах. В рамках стратегии «фокус на врача» формулярная система обеспечивает врачам научно обоснованный подход к фармакотерапии, поскольку формуляр лекарственных средств является средством создания и обновления стандартов качества лечения в конкретных лечебно-профилактических организациях. Формулярная система обеспечивает максимальную терапевтическую эффективность при оптимизации затрат, а также безопасность фармакотерапии для конкретного больного, реализуя стратегическую линию ВОЗ «фокус на пациента».

В 2014 г. положения о Республиканском формуляре впервые внесены в законы Республики Беларусь «О лекарственных средствах» и «О здравоохранении».

Закон «О здравоохранении» дополнен определением: "Республиканский формуляр лекарственных средств – список лекарственных средств с доказанной эффективностью, допустимой безопасностью, наиболее экономически выгодных при использовании бюджетных средств, выделяемых на здравоохранение» и статьей «392. Республиканский формуляр лекарственных средств, Республиканский формуляр медицинских изделий», в соответствии с которой:

«...Республиканский формуляр лекарственных средств является основой для формирования и разработки: перечня основных лекарственных

средств; годовых планов государственных закупок лекарственных средств; клинических протоколов; методов оказания медицинской помощи.

Республиканский формуляр медицинских изделий является основой для формирования и разработки: годовых планов государственных закупок медицинских изделий; клинических протоколов; методов оказания медицинской помощи».

Создание и внедрение Республиканского формуляра и Перечня основных лекарственных средств – пример конкретной реализации в Республике Беларусь рекомендаций ВОЗ по порядку формирования ограничительных перечней лекарственных средств, что уже осуществлено во всех государствах, граничащих с нашей страной, вне зависимости от их нахождения в различных межгосударственных образованиях (Евросоюз, СНГ, ЕАЭС).

Республиканский формуляр и Перечень основных лекарственных средств – в настоящее время основные ограничительные списки лекарственных средств в республике; реализация лекарственных средств, которые включены в них, осуществляется за счет средств, предусмотренных на здравоохранение в республиканском и местных бюджетах. Формулярная система требует проведения фармакоэкономических исследований, благодаря которым проводится оценка клинико-экономической приемлемости лекарств в условиях функционирования системы здравоохранения республики.

АНАЛИЗ УСЛОВИЙ ОБУЧЕНИЯ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ И СОСЕДНИХ СТРАНАХ

Н. Е. Хильмончик

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

В Европе продолжительность подготовки медицинских специалистов составляет 11–12 лет (5 лет приходится на усвоение общенаучных дисциплин, 1–2 года – на общемедицинскую подготовку, 5 лет – на резидентуру по специальности). По окончании обучения сдается экзамен. В Германии подготовка медицинского специалиста занимает минимум 10 лет: первые 5 лет отводятся на получение базового медицинского образования, последующие 5 лет – последипломного. Для получения ученой степени предусмотрена трехгодичная научная стажировка.

Во Франции подготовка врачей занимает 10–12 лет.

В Европейских странах, врач может получить сертификат специалиста только после прохождения четырех- пятигодичной подготовки в учебной клинике, получившей лицензию на подготовку кадров. Эта форма подготовки называется резидентурой (подобие нашей ординатуры). Других форм подготовки специалистов (а соответственно, и получения сертификата специалиста) просто не существует. Прошедший резидентуру получает сертификат, который не имеет срока давности, то есть он действителен на