

ВОПРОСЫ КОРРЕКЦИИ СТАНДАРТОВ ЛЕЧЕНИЯ И РАННЕЙ

4 февраля, в Международный день борьбы с онкологическими заболеваниями, в Москве состоялся Второй ежегодный форум общественной организации «Движение против рака». В ходе Форума, собравшего ведущих врачей-онкологов, представителей органов управления здравоохранением, пациентских организаций, экспертов страховых и фармацевтических компаний, обсуждались все проблемы и аспекты помощи онкологическим больным. Было отмечено, что поддержка должна быть многопрофильной. Ее объем зависит главным образом от государственного финансирования. Результат всех мер напрямую связан с возможностями врачей применять современные, наиболее эффективные схемы лечения. Оживленную полемику вызвала тема обновления стандартов лечения и ранней диагностики злокачественных новообразований.



СТАНДАРТЫ ВСЕГДА НОСЯТ ОРИЕНТИРОВОЧНЫЙ ХАРАКТЕР

Работая над стандартами медицинской помощи, мы говорим: «стандартизация», а не «стандарт». Один стандарт ничего не решает: стандарты медицинской помощи и стандарты лекарственного обеспечения, оснащения медицинских организаций и стандарты, касающиеся образования врачей – все они должны быть взаимосвязаны в единой системе.

Но никаких обязательных стандартов никто в мире не делал и никогда делать не будет. К примеру, всем известно, что при инфаркте миокарда нужно снимать электрокардиограмму. 10 лет назад в Минздраве Великобритании я спрашивал: «Ведь у вас стандарты не обязательны, значит, может быть, и не надо снимать электрокардиограмму. Ваш врач может принять такое решение?» Мне ответили: «Да, может. Если врач придет к пациенту, который находится в тяжелом состоянии и его надо везти в больницу, то он не будет заниматься снятием электрокардиограммы, а быстрее доведет больного до стационара. Да, он нарушит стандарт, написанный для скорой помощи, но он спасет этим жизнь».

Мы довольно долго изучали международную практику в вопросах стандартизации медицинской помощи. Самая известная международная система стандартизации – американская. На рубеже 70-80 гг. прошлого века, проанализировав, сколько стоят в разных учреждениях одинаковые больные, в Америке ранжировали пациентов по клинико-статистическим группам (КСГ). Однако не надо думать, что больные получают лечение в соответствии со стандартами КСГ, 60% пациентов получают лечение по другим стандартам, и эти стандарты в Америке называют клиническими

рекомендациями или клиническими руководствами. В Канаде каждая провинция создает собственный стандарт, в том числе и по раку молочной железы, единого стандарта нет.

Стандарты медицинской помощи появились в России, когда возникла экстренная необходимость дать врачам инструмент для назначения лекарств по программе ДЛО. Они имеют отношение к экономике, к организации здравоохранения. Врач не может использовать эти стандарты напрямую потому, что, к примеру, в них записаны средние дневные дозы лекарств. Но для расчета затрат и планирования, какие лекарства нужны и в каких количествах, эти стандарты пригодны.

Поэтому, на наш взгляд, обязательно должна проводиться работа над созданием протоколов ведения больных. Этот документ требует главного – консенсуса между специалистами. Чтобы отобрать лекарства и исследования, нужно предоставить доказательства их эффективности. Это и называется доказательной медициной.

Сейчас протоколы ведения больных в виде проекта находятся в открытом доступе на сайте www.rspor.ru. Я думаю, что и для разработки стандартов это тоже нормальный путь – размещать документы в открытом доступе, чтобы каждый мог сделать свои заключения.



П.А. Воробьев,

заведующий кафедрой гематологии и гериатрии, руководитель отдела стандартизации в здравоохранении НИИ ОзиУЗ ММА им. И.М. Сеченова, президент межрегиональной общественной организации «Общество фармакоэкономических исследований»

ДИАГНОСТИКИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

СТАНДАРТ НУЖЕН ДЛЯ РАСЧЕТА ПОТРЕБНОСТИ В РЕСУРСАХ, НО ЛЕЧИТЬ ПО НЕМУ БОЛЬНОГО НЕЛЬЗЯ

Действительно, работа над созданием качественных стандартов медицинской помощи очень сложна в свете нынешней концепции реформирования здравоохранения. Сейчас стандарты предлагаются минимально достаточные. Однако должен быть компромисс между приближением стандарта к месту жительства пациента, т.е. этот стандарт должен быть доступным, и в то же время необходима этапность в получении стандартизированной помощи. Вот почему возник термин «окружной онкодиспансер» – это крупный диспансер с соответствующим федеральным финансированием, новейшим оборудованием и пр. Что касается цены стандарта. В нашей стране система финансирования учреждений такова, что лечебное учреждение заинтересовано в том, чтобы было больше больных. Вот ведь как: будет больше больных – будет больше денег. Здоровые, как говорится, отходят на второй план. А потому сейчас стоит вопрос о разработке стандартов по скринингу. Но чтобы были стандарты по скринингу, должна быть законодательная база, прежде всего ответственности работодателя за

здоровье своих сотрудников. Сколько лет уже идет разговор о законе о государственных гарантиях медицинской помощи. Формат стандарта нас сейчас не устраивает, он не дает технологию обследования. Так, например, частота использования того или иного препарата составляет там 0,5, т.е. у половины пациентов надо его применять. У какой половины? Не знаю. Понимаете, нужно исключить коррупционные моменты. Стандарты – не для больных, не для клиники, не для врача, а для расчета потребностей в ресурсах. Средства рассчитать можно, а вот лечить больного на основании этих стандартов нельзя. Мы настаиваем на том, что стандарты должны быть обязательно дополнены протоколами ведения больных. Тогда стандарты будут отвечать не только на вопрос «что надо делать», а еще и «как надо делать». Стандарт станет рекомендацией к действию, за которое его могут спросить, почему в данной конкретной ситуации он не сделал так, как должен был сделать. То, что сейчас делается по стандартизации медицинской помощи, – в принципе



В.В. Старинский,
 д.м.н., профессор, заместитель директора по научной работе Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А. Герцена

это благо. Но стандарт должен быть качественным. Нет никаких сомнений, что это труд коллективный – и специалистов в области онкологии, и медицинских сестер, и пациентских организаций и людей, которые понимают все детали создания документа, к которому нельзя было бы придаться. Мы считаем, что при создании протоколов ведения больного «Движение против рака» имеет полное право участия. **ЭФ**

