

© А.Ю. Щербук, Н.И. Вишняков, 2012
УДК 616.8-006-089

А.Ю. Щербук, Н.И. Вишняков

МОНИТОРИНГ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫХ МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ СТАНДАРТОВ В ЦЕЛЯХ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧЕСКОЙ ОНКОНЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Кафедра нейрохирургии и неврологии медицинского факультета
(зав. — засл. врач РФ, проф. Ю.А. Щербук), Санкт-Петербургский государственный университет; кафедра
общественного здоровья и здравоохранения (зав. — засл. деят. науки РФ, проф. Н.И. Вишняков),
Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

Ключевые слова: высокотехнологичная онконейрохирургическая помощь, номенклатура работ и услуг в здравоохранении, медико-экономические стандарты, классификатор оперативных пособий, тарифы медицинских услуг.

Введение. В настоящее время проведение работ по стандартизации связывают с развитием системы управления качеством медицинской помощи, которую рассматривают как системный подход, самостоятельную сложную функцию управления — совокупность международных, государственных, отраслевых и внутриорганизационных решений и действий, направленных на поддержание качества, его повышение и гарантирование. Стандарты медицинских технологий становятся неотъемлемой частью данной системы [12].

Разработка и внедрение медико-экономических стандартов (МЭС) является важнейшим приоритетом в реформировании системы здравоохранения Российской Федерации, обеспечивающим качество медицинской помощи [1].

Стандартизация медицинских технологий особенно актуальна при организации высокотехнологической медицинской помощи, для обеспечения которой необходимо использование значительных материальных ресурсов и создание мотивации для высококвалифицированных специалистов. Внедрение МЭС обеспечивает научно-обоснованный выбор и включение в стандарт оптимальных технологий оказания стационарной медицинской помощи больным онконейрохирургического профиля. При этом, создаются условия для объективной оценки соот-

ветствия оказываемой медицинской помощи требованиям стандартов. Тарифы, рассчитанные на основе МЭС, учитывают компенсацию затрат лечебно-профилактического учреждения и предусматривают экономическую мотивацию высококвалифицированных специалистов в предоставлении качественной высокотехнологичной онконейрохирургической помощи [13, 14, 17].

С целью перехода к преимущественно одноканальной форме финансирования здравоохранения с октября 2009 г. высокотехнологическая онконейрохирургическая помощь взрослому населению Санкт-Петербурга переведена на оплату из системы ОМС. При этом, оплата медицинской помощи осуществляется по конечному результату на основе комплексных показателей объема и качества оказанных услуг. В этой связи в Санкт-Петербурге разработаны и внедрены предварительные МЭС для оказания стационарной медицинской помощи больным онконейрохирургического профиля: «Доброкачественные новообразования черепа, головного мозга и его оболочек, позвоночника, спинного мозга и его оболочек», «Злокачественные новообразования черепа, головного мозга и его оболочек, позвоночника, спинного мозга и его оболочек» и «Консервативное лечение при злокачественных новообразованиях черепа, головного мозга и его оболочек, позвоночника, спинного мозга и его оболочек» [15].

МЭС разработаны с учетом положений национальных стандартов — ГОСТ Р 52600–2006 «Протоколы ведения больных. Общие положения» [3], ГОСТ Р 52623–2006 «Технологии выполнения простых медицинских услуг. Общие

положения» [4]. При разработке МЭС использовались утвержденные Минздравсоцразвития России стандарты оказания медицинской помощи больным со злокачественными и доброкачественными заболеваниями черепа, головного мозга и его оболочек, позвоночника, спинного мозга и его оболочек [5–11]. Клинико-экономическая матрица этих МЭС содержит перечни простых и сложных медицинских услуг с указанием трудозатрат специалистов, перечни лекарственных средств, и расходных материалов, необходимых для их выполнения. Проведена группировка медицинских услуг, включенных в МЭС, по их функциональному назначению, определена частота их использования и среднее число услуг на один законченный случай. При составлении матрицы использованы утвержденные системы классификации и кодирования услуг, лекарственных средств и изделий медицинского назначения [2–4].

В МЭС включены услуги по контролю объемов и экспертизе качества медицинской помощи, результаты которых используются для мониторинга внедрения стандартов.

Цель исследования — оценка соответствия реально оказанной медицинской помощи установленным предварительным МЭС с использованием информационно-аналитической системы.

По результатам мониторинга решались следующие задачи:

- Проведение сравнительного анализа выполнения в реальной клинической практике медицинских услуг и использования лекарственных средств, включенных в предварительные МЭС.

- Оценка наличия в МЭС излишних услуг и лекарственных средств, не влияющих на качество медицинской помощи.

- Оценка потребности в медицинских услугах и лекарственных средствах, не включенных в предварительные МЭС.

- Оценка наличия внешних факторов, препятствующих выполнению МЭС, связанных с отсутствием необходимого оборудования и специалистов.

- Оценка наличия внутренних факторов, препятствующих выполнению МЭС, связанных с дефектами в организации лечебного процесса, отсутствием должного контроля над организацией лечебного процесса.

- Проведение корректировки предварительных МЭС и принятие необходимых решений для устранения дефектов в организации лечебного процесса.

Материал и методы. В качестве источников информации для проведения исследования использованы:

- сведения об оплате медицинских услуг при оказании стационарной медицинской помощи больным онконейрохирургического профиля в специализированных

нейрохирургических отделениях Городского клинического онкологического диспансера и городской многопрофильной больницы № 2 в период с 01.02.2010 г. по 31.12.2010 г. из базы данных выставленных счетов в информационной системе обязательного медицинского страхования («ИнФИС-ОМС»);

- результаты протоколов выполненных экспертиз объема фактически оказанной медицинской помощи в сопоставлении с использованными предварительными МЭС, предоставленные ЛПУ в формате, задаваемом программой «Информационно-аналитическая система для экспертизы соответствия объемов оказанной медицинской помощи стандартам» (ИАС «Эксперт-контроль»);

- сравнительный анализ средней длительности лечения, среднего количества и частоты выполнения медицинских услуг и использованных лекарственных средств при оказании стационарной высокотехнологической медицинской помощи больным онконейрохирургического профиля в сопоставлении с предварительными МЭС с помощью автоматизированной информационно-аналитической системы персонифицированного учета медицинских услуг и использованных лекарственных средств.

Результаты исследования. За 10 мес в городском клиническом онкологическом диспансере и Городской многопрофильной больнице № 2 прошли лечение 144 больных онконейрохирургического профиля, в том числе 65 пациентов с доброкачественными новообразованиями черепа, головного мозга и его оболочек, позвоночника, спинного мозга и его оболочек, 61 — со злокачественными новообразованиями черепа, головного мозга и его оболочек, позвоночника, спинного мозга и его оболочек. У 18 больных со злокачественными новообразованиями хирургическое вмешательство не выполнялось, лечение проводилось в соответствии с МЭС «Консервативное лечение при злокачественных новообразованиях черепа, головного мозга и его оболочек, позвоночника, спинного мозга и его оболочек».

В качестве примера приводим результаты мониторинга предварительного МЭС 451205 «Доброкачественные новообразования черепа, головного мозга и его оболочек, позвоночника, спинного мозга и его оболочек».

В соответствии с данным стандартом проведено лечение 65 пациентов (табл. 1).

Анализ проводился на основе данных протоколов статистического учета выполненных услуг, который заполнялся по каждому случаю лечения с использованием информационно-аналитической системы для экспертизы соответствия объемов оказанной медицинской помощи стандартам (ИАС «Эксперт-контроль»).

Для оценки среднего количества выполнения конкретной медицинской услуги в совокупности случаев и сопоставления со стандартом рассчитывался интегральный показатель, который отражает среднее значение выполнения услуги в анализируемой выборке. Значение интегрального показателя для услуги, включенной в МЭС, принималось за единицу. При интегральной оцен-

Таблица 1

Соотношение больных онконейрохирургического профиля с доброкачественными заболеваниями нервной системы по локализации

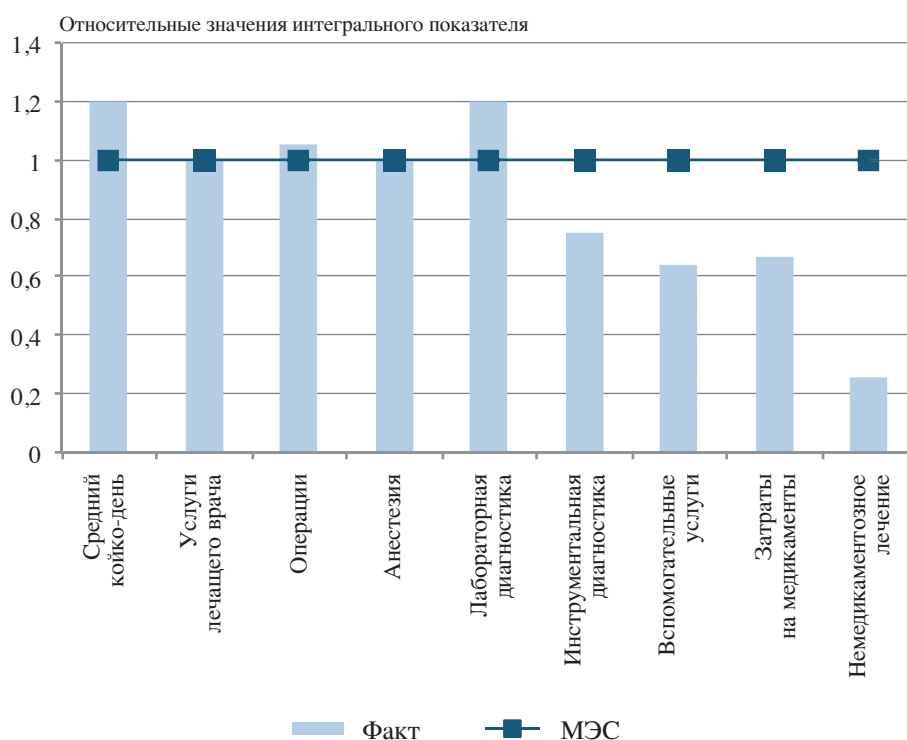
Код МКБ-10*	Нозологическая форма	Абс. число	%
D32.0	Доброкачественное новообразование оболочек головного мозга	36	55,38
D35.2	Доброкачественное новообразование гипофиза	8	12,31
D33.0	Доброкачественное новообразование головного мозга над головным наметом	4	6,15
D33.4	Доброкачественное новообразование спинного мозга	4	6,15
D16.6	Доброкачественное новообразование позвоночного столба	3	4,62
D33.7	Доброкачественное новообразование других уточненных частей центральной нервной системы	3	4,62
D32.1	Доброкачественное новообразование оболочек спинного мозга	3	4,62
D33.1	Доброкачественное новообразование головного мозга под головным наметом	2	3,08
D33.3	Доброкачественное новообразование черепных нервов	2	3,08
Всего		65	100

* Международная статистическая классификация болезней, травм и причин смерти 10-го пересмотра.

ке выполнения МЭС в совокупности случаев рассчитывались средняя длительность лечения, показатели выполнения услуг по разделам и средние затраты на медикаментозное лечение (рисунок).

Средняя длительность лечения больных в совокупности случаев составила 29 койко-дней, что на 20% превышает среднюю длительность, установленную предварительным стандартом, которая для данной клинко-статистической груп-

пы составила 22 койко-дня. Превышение средней длительности было обусловлено тем, что в 2 случаях сроки стационарного лечения составили 62 и 45 койко-дней в связи с развитием послеоперационных менингитов, которые потребовали более продолжительного лечения в стационарных условиях. С учетом возможного развития у этой категории больных послеоперационных менингитов, для лечения которых требуется применение других наборов услуг и медикаментозного лече-



Интегральная оценка выполнения МЭС 451205 «Доброкачественные новообразования черепа, головного мозга и его оболочек, позвоночника, спинного мозга и его оболочек».

ния, целесообразно выделение этой категории больных в отдельную клинико-статистическую группу с разработкой для этой модели пациентов дополнительного МЭС «Послеоперационный менингит». Следует отметить, что за исключением этих случаев средние сроки пребывания больных в стационаре составили 16 койко-дней. Сокращению сроков пребывания в специализированных онконейрохирургических отделениях успешно прооперированных больных с доброкачественными новообразованиями нервной системы может способствовать своевременный перевод больных в специализированные отделения восстановительного лечения.

Всем 65 больным были выполнены оперативные вмешательства по удалению новообразований. Методики оперативных вмешательств по удалению доброкачественных новообразований представлены в табл. 2.

Выбор методики оперативного вмешательства определялся в зависимости от локализации опухоли, методов доступа, разновидностей методов интраоперационной навигации, интраоперационного нейрофизиологического контроля, пластики твердой мозговой оболочки и костей свода черепа. В одном случае при развитии послеоперационного менингита потребовалось выполнение операции «Наружный вентрикулярный дренаж» (код А16.23.010.001). Операции в соответствии с МЭС проводились под общей анестезией с использованием 3 видов анестезиологических пособий: «Общая комбинированная анестезия с инвазивной искусственной вентиляции легких (ИВЛ) без применения фторсодержащих анестетиков при операциях длительностью от 1 до 3 ч при операционно-анестезиологическом риске III–V степени» и «Общая комбинированная анестезия с инвазивной ИВЛ без применения фторсодержащих анестетиков при операциях длительностью более 3 ч при операционно-анестезиологическом риске III–V степени». При проведении наружного вентрикулярного дренажа использовалась внутривенная анестезия без инвазивной ИВЛ при операциях длительностью менее 1 ч. Потребность в реанимационных пособиях и сроки пребывания пациентов в отделении реанимации соответствовали МЭС.

Раздел услуги лабораторной диагностики выполнен с превышением от МЭС на 20%. Услуги «Общий (клинический) анализ крови развернутый», «Анализ крови биохимический общетерапевтический», «Анализ мочи общий» выполнялись с превышением среднего количества, предусмотренного стандартом в 3 раза. Превышение интегрального показателя выполнения этих услуг связано со значительным превышением среднего количества этих услуг в группе пациентов с послеоперационным менингитом, у которых эти исследования проводились

для контроля проводимого лечения. Услуги «Цитологическое исследование препарата тканей центральной нервной системы» (код А08.23.001), «Гистологическое исследование препарата тканей центральной нервной системы» (код А08.23.002), «Цитологическое исследование клеток спинномозговой жидкости» (код А09.23.001), «Тесты на аномальный белок в спинномозговой жидкости» (А09.23.006) выполнялись в соответствии со стандартом. С незначительными отклонениями от МЭС выполнялись услуги по контролю свертывающей системы крови, газового состава крови и кислотно-основного баланса, электролитного состава крови и спинномозговой жидкости.

Услуги инструментальной диагностики выполнялись на 75% от их среднего количества, предусмотренного МЭС. Не были использованы услуги: «Рентгенография I и II шейного позвонка» (код А06.03.008), «Компьютерная томография шеи» (код А06.03.013), «Рентгенография поясничного отдела позвоночника» (код А06.03.016), «Рентгенография позвоночника, специальные исследования и проекции» (код А06.03.019), «Миелография» (код А06.23.010). Частота фактического предоставления услуги «Компьютерная томография головы с контрастированием структур головного мозга» (код А06.23.004) оказалась на 30% меньше, чем предусмотрено МЭС. В то же время, потребовалось выполнение целого ряда услуг, не включенных в МЭС: «Регистрация вызванных потенциалов коры головного мозга одной модальности (зрительные, когнитивные, акустические стволые)» (код А05.23.006.001), частота предоставления (ЧП) — 0,3, «Спиральная компьютерная томография позвоночника с описанием и интерпретацией» (код А06.03.059.007), ЧП — 0,5, «Рентгенография придаточных пазух носа с описанием и интерпретацией» (код А06.08.003.001), ЧП — 0,3, «Спиральная компьютерная томография органов грудной полости» (код А06.09.006.001), ЧП — 0,2, «Спиральная компьютерная томография органов грудной полости» (код А06.09.006.001), ЧП — 0,3, «Сцинтиграфия костей» (код А07.03.001), ЧП — 0,3. Учитывая объективную потребность в этих исследованиях, следует дополнить при корректировке данного МЭС, включив их с учетом ЧП.

Интегральный показатель выполнения раздела МЭС консультации специалистов составил 67% от услуг, предусмотренных предварительным медико-экономическим стандартом. В соответствии с МЭС выполнены консультативные услуги «Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный» (код В01.029.01), «Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога повторный» (код В01.029.02), «Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный» (код В01.047.01). Консультация оториноларинголога (код 01.028.01), предусмотренная МЭС

Таблица 2

Оперативные вмешательства при доброкачественных новообразованиях нервной системы

Код услуги	Название методики оперативного вмешательства	Абс. число	%
A16.23.041.009	Удаление новообразований оболочек головного мозга супратенториальной локализации микрохирургическое с использованием интраоперационной компьютерной навигации и нейрофизиологического исследования с пластикой твердой мозговой оболочки, венозных синусов и свода черепа	8	12,12
A16.23.041.010	Удаление новообразований оболочек головного мозга супратенториальной локализации микрохирургическое с использованием интраоперационной компьютерной навигации и нейрофизиологического исследования	6	9,09
A16.23.041.007	Удаление новообразований оболочек головного мозга супратенториальной локализации микрохирургическое с использованием интраоперационной компьютерной навигации и нейрофизиологического исследования с пластикой твердой мозговой оболочки и свода черепа	4	6,06
A16.23.064.005	Удаление новообразования субтенториальной локализации микрохирургическое с использованием нейрофизиологического исследования с пластикой твердой мозговой оболочки и(или) венозных синусов	4	6,06
A16.23.035.008	Удаление новообразования основания черепа микрохирургическое с использованием интраоперационной компьютерной навигации, нейрофизиологического исследования и пластикой дефекта основания черепа	7	10,61
A16.23.064.004	Удаление новообразования субтенториальной локализации микрохирургическое с использованием интраоперационной компьютерной навигации и нейрофизиологического исследования с пластикой твердой мозговой оболочки и(или) венозных синусов	3	4,55
A16.23.051.007	Удаление черепно-лицевого новообразования микрохирургическое с использованием нейрофизиологического исследования с пластикой дефекта черепа	3	4,55
A16.23.041.008	Удаление новообразований оболочек головного мозга супратенториальной локализации микрохирургическое с использованием интраоперационной компьютерной навигации и нейрофизиологического исследования с пластикой твердой мозговой оболочки и венозных синусов	2	3,03
A16.23.041.010	Удаление новообразований оболочек головного мозга супратенториальной локализации микрохирургическое с использованием интраоперационной компьютерной навигации и нейрофизиологического исследования	3	4,55
A16.23.070.004	Удаление новообразований больших полушарий головного мозга микрохирургическое с использованием интраоперационной компьютерной навигации, нейрофизиологического исследования	4	6,06
A16.23.035.011	Эндоскопическое удаление новообразований основания черепа и головного мозга трансназальное микрохирургическое с использованием интраоперационной компьютерной навигации, нейрофизиологического исследования и пластикой дефекта основания черепа	4	6,06
A16.23.078.001	Удаление новообразований хиазмально-селлярной области микрохирургическое с использованием интраоперационной компьютерной навигации, нейрофизиологического исследования	4	6,06
A16.23.076.002	Удаление новообразований оболочек спинного мозга микрохирургическое с использованием нейрофизиологического исследования	3	4,55
A16.23.036.002	Удаление новообразований спинного мозга микрохирургическое с использованием нейрофизиологического исследования	4	6,06
A16.23.064.005	Удаление новообразований субтенториальной локализации микрохирургическое с использованием нейрофизиологического исследования с пластикой твердой мозговой оболочки и(или) венозных синусов	2	3,03
A16.23.072.003	Удаление новообразований боковых желудочков головного мозга микрохирургическое с использованием интраоперационной компьютерной навигации и нейрофизиологического исследования	1	1,52
A16.03.083.003	Удаление опухоли грудного и(или) грудно-поясничного отдела позвоночника микрохирургическое без применения стабилизирующих систем	1	1,52
A16.04.032	Транскутанная вертебропластика (один уровень)	1	1,52
A16.03.083.001	Удаление опухоли шейного и(или) шейно-грудного отдела позвоночника микрохирургическое без применения стабилизирующих систем	1	1,52
A16.23.010.001	Наружный вентрикулярный дренаж	1	1,52
Всего		66	100

с частотой предоставления половине больных, выполнялась на 50% реже, чем это предусмотрено стандартом, так же, как и первичный прием врача сурдолога-оториноларинголога. Консультации врача-кардиолога, лечебной физкультуры и врача-физиотерапевта, включенные в МЭС, не выполнялись. Помимо консультативных услуг, включенных в стандарт, при оказании медицинской помощи потребовалось выполнение консультаций врача-невролога первичный и повторный для каждого больного, врача-эндокринолога первичный и повторный для 50% больных, челюстно-лицевого хирурга и врача-уролога у 20% пациентов. При внесении изменений в этот медико-экономический стандарт и расчете тарифов следует учесть фактическую потребность в консультативных услугах этих специалистов.

Услуги немедикаментозного лечения, включенные в МЭС, выполнялись на 25%. В предварительные МЭС включены перевязки при нарушении кожных покровов, которые выполнялись у каждого больного в соответствии с МЭС. В то же время, услуги «Лечебная физкультура при заболеваниях центральной нервной системы» (код A19.23.002) выполнялись только у 6 больных из 65, т.е. меньше 10% от их числа, предусмотренного МЭС. Услуга «Массаж при заболеваниях центральной нервной системы» (код A21.23.001) не использована ни у одного больного из этой клинко-статистической группы. Неполное выполнение услуг немедикаментозного лечения свидетельствует о неполном использовании ресурсов ЛПУ и обусловлено тем, что в лечении этой группы больных не принимали участия врачи лечебной физкультуры и физиотерапевты. Учитывая реальную потребность для этой категории больных в услугах раннего восстановительного лечения, следует включить в раздел консультативных услуг первичный и повторный прием врача лечебной физкультуры и врача-физиотерапевта.

Интегральный показатель выполнения раздела МЭС «Вспомогательные услуги» составил 64%. В соответствии с МЭС выполнены услуги «Процедуры сестринского ухода при подготовке пациента к операции» (код B02.057.01), «Внутримышечное введение лекарственных средств» (код A11.02.002), «Взятие крови из пальца» (код A11.05.001), «Катетеризация кубитальной и других периферических вен» (код A11.12.002), «Внутривенное введение лекарственных средств» (код A11.12.003), «Пособие при парентеральном введении лекарственных средств» (код A14.31.011), «Взятие крови из периферической вены» (код A11.12.009). Спинномозговая пункция выполнена на 50% реже, чем это предусмотрено МЭС. Услуги по катетеризации мочевого пузыря и уходу за мочевым катетером выполнялись на 60% от их числа, предусмотренного МЭС. Услу-

ги по транспортировке тяжелобольного внутри учреждения выполнялись в большем количестве, чем включены в МЭС, на 25%.

В протоколы экспертизы объема фактического выполнения МЭС не вошли данные о выполнении большой группы вспомогательных услуг, включенных в МЭС как обязательные. Это услуги по уходу за кожей тяжелобольного пациента, уход за волосами, ногтями, бритье тяжелобольного, очищение кожи лица и шеи, уход за полостью рта тяжелобольного, пособие при дефекации тяжелобольного. Не нашли отражения в протоколах экспертизы объема выполнения услуг по оценке степени риска развития пролежней, оценке степени тяжести пролежней, оценке интенсивности боли, обучению членов семьи пациента технике его перемещения и размещения в постели, обучению пациента самопомощи при перемещении в постели и кресле. Потребность в выполнении этих услуг не вызывает сомнений, в то же время в медицинской документации нет раздела для документирования назначения и выполнения этих услуг, что затрудняет оценку их выполнения. Учет назначения и выполнения этих услуг должен быть отражен в листах назначений и процедурных листах, которые должны быть соответствующим образом формализованы.

Анализ затрат на лекарственные препараты проводился на основе расчета фактических средних затрат на лекарственные препараты, использованные для лечения одного больного (табл. 3).

Средние затраты на лекарственные препараты, фактически использованные при лечении этой группы больных, составили 67% от расчетной стоимости медикаментов и диагностических средств, включенных в МЭС. Проведена группировка лекарственных средств по уровню затрат от наибольших к наименьшим, что позволяет определить группы лекарственных препаратов, используемых при лечении больных данной модели (ABC-анализ) [14]. В данном случае более 45% затрат на лекарственные средства составили затраты не на лекарства, а на диагностические препараты для проведения диагностических исследований с контрастированием структур головного мозга. 33% затрат составили затраты на цефтриаксон — препарат, направленный на периперационную профилактику инфекции в области хирургического вмешательства. Затраты на омепазол составили 14,7%. Анализ структуры затрат на лекарственные препараты и диагностические средства позволяет сделать вывод о том, что при выполнении данного стандарта в наиболее затратную группу «А» вошли 3 препарата: гадотеровая кислота, цефтриаксон, омепазол — средства для диагностики и профилактики послеоперационных осложнений.

Таблица 3

Средние затраты на лекарственные препараты и диагностические средства при лечении одного больного

Лекарственный препарат	Средние затраты на 1 больного (руб.)	Накопительный процент	Затратная группа
Гадотеровая кислота 20 мл	3990	39,85	«А»
Цефтриаксон 1000 мг	3303,07	32,99	
Омепразол 40 мг	1471,79	14,70	
Йогексол 240 мг/мл — 20 мл	582,17	5,81	«В»
Натрия хлорид 9 мг/мл — 250 мл	541,04	5,40	
Дексаметазон 0,5 мг	40,38	0,40	«С»
Трамадол 50 мг	36,23	0,36	
Бензобарбитал 100 мг	21,97	0,22	
Эналаприл 5 мг	12,68	0,13	
Этамзилат 250 мг	9,83	0,10	
Фенобарбитал 100 мг	2,78	0,03	
Метоклопрамид 5 мг/мл — 2 мл	1,2	0,01	
Всего затрат на медикаменты	10 013,14	100	

Аналогичным образом проведен мониторинг выполнения предварительных медико-экономических стандартов «Злокачественные новообразования черепа, головного мозга и его оболочек, позвоночника, спинного мозга и его оболочек» и «Консервативное лечение при злокачественных новообразованиях черепа, головного мозга и его оболочек, позвоночника, спинного мозга и его оболочек»

Для рационального использования возможностей специализированных нейрохирургических отделений, своевременного перевода больных на этап восстановительного лечения и обеспечения преемственности в лечении этой категории больных распоряжением Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга от 30.07.2010 г. № 400 разработаны и утверждены предварительные медико-экономические стандарты восстановительного лечения пациентов, прооперированных по поводу новообразований нервной системы [16]:

1. «Состояние после удаления злокачественных новообразований головного мозга с умеренно выраженными двигательными и(или) речевыми нарушениями».
2. «Состояние после удаления злокачественных новообразований головного мозга с выраженными двигательными и(или) речевыми нарушениями, нарушениями функции тазовых органов».
3. «Состояние после удаления злокачественных новообразований головного мозга с двигательными и(или) речевыми нарушениями, нарушениями функции тазовых органов с сопутствующей выраженной соматической патологией».
4. «Состояние после удаления доброкачественного новообразования головного мозга с умеренно

выраженными двигательными и(или) речевыми нарушениями».

5. «Состояние после удаления доброкачественного новообразования головного мозга с выраженными двигательными и(или) речевыми нарушениями, нарушениями функции тазовых органов».
6. «Состояние после удаления доброкачественного новообразования головного мозга с двигательными и(или) речевыми нарушениями, нарушениями функции тазовых органов с сопутствующей выраженной соматической патологией».
7. «Состояние после удаления злокачественных новообразований спинного мозга с умеренно выраженными двигательными и(или) чувствительными нарушениями».
8. «Состояние после удаления злокачественного новообразования спинного мозга с выраженными двигательными и(или) чувствительными нарушениями, нарушениями функции тазовых органов».
9. «Состояние после удаления злокачественного новообразования спинного мозга с двигательными и(или) чувствительными нарушениями, нарушениями функции тазовых органов с сопутствующей выраженной соматической патологией».
10. «Состояние после удаления доброкачественных новообразований спинного мозга с умеренно выраженными двигательными и(или) чувствительными нарушениями».
11. «Состояние после удаления доброкачественного новообразования спинного мозга с выраженными двигательными и(или) чувствительными нарушениями, нарушениями функции тазовых органов».

12. «Состояние после удаления доброкачественных новообразований спинного мозга с двигательными и(или) чувствительными нарушениями, нарушениями функции тазовых органов с сопутствующей выраженной соматической патологией».
13. «Состояние после удаления новообразования периферических нервов».
14. «Состояние после удаления невриномы VIII черепного нерва с признаками дисфункции головного мозга на уровне его ствола».

Выводы. 1. Мониторинг предварительных стандартов с помощью автоматизированной информационно-аналитической системы персонифицированного учета медицинских услуг в реальной клинической практике позволяет провести сравнительный анализ выполнения медицинских услуг и применения лекарственных средств, включенных в предварительные медико-экономические стандарты.

2. В процессе мониторинга уточнена потребность в услугах и лекарственных средствах при оказании стационарной медицинской помощи больным онконейрохирургического профиля. Получены данные о частоте назначения услуг и лекарственных средств, не включенных в стандарт.

3. Выявлены организационные недостатки документирования назначения и выполнения услуг сестринского ухода, которые затрудняют оценку фактически оказанной медицинской помощи.

4. По результатам мониторинга предварительных МЭС рабочей группой введены необходимые изменения в содержание стандарта, подготовлен проект распоряжения Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга об утверждении медико-экономических стандартов по профилю «Онконейрохирургия» в качестве нормативных документов.

5. Разработаны критерии для перевода пациентов, оперированных по поводу новообразований нервной системы, на этап восстановительного лечения, созданы условия для оценки эффективности затрат, а также для планирования и проведения мероприятий по непрерывному управлению качеством медицинской помощи на основе стандартов.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Указ Президента РФ от 28 июня 2007 г. № 825 (ред. от 28.04.2008) «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации».
2. Номенклатура работ и услуг в здравоохранении. Реестр услуг в здравоохранении. Утверждены заместителем министра здравоохранения и социального развития России В.И. Стародубовым 12 июля 2004 г. Рабочий актуализированный вариант 2007 г.
3. ГОСТ Р 52600–2006 «Протоколы ведения больных. Общие положения».
4. ГОСТ Р 52623–2006 «Технологии выполнения простых медицинских услуг. Общие положения».
5. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 2 июня 2006 г. № 447 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным со злокачественным новообразованием оболочек головного мозга».
6. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 2 июня 2006 г. № 448 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным со злокачественным новообразованием мозжечка, ствола мозга».
7. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 2 июня 2006 г. № 450 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным со злокачественным новообразованием спинного мозга, оболочек спинного мозга, конского хвоста, спинномозговых нервов, вторичным злокачественным новообразованием других и неутонченных отделов нервной системы».
8. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 2 июня 2006 г. № 451 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с доброкачественным новообразованием оболочек головного мозга».
9. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 2 июня 2006 г. № 452 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с доброкачественным новообразованием головного мозга над мозговым наметом, других уточненных частей центральной нервной системы».
10. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 2 июня 2006 г. № 453 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным со злокачественным новообразованием лобной, височной, теменной, затылочной долей головного мозга».
11. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 6 декабря 2007 г. № 741 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с доброкачественными новообразованиями головного мозга под мозговым наметом».
12. Методические рекомендации «Технология разработки и применения стандартов медицинской помощи уровня субъекта Федерации и медицинской организации» // Проблемы стандартизации в здравоохранении. — 2009. — № 1. — С. 62–90.
13. Распоряжение Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга от 16 октября 2006 г. № 438-р «Об использовании средств, полученных за оказание высокотехнологичных (дорогостоящих) видов медицинской помощи».
14. Распоряжение Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга от 9 ноября 2006 г. № 468-р «Об утверждении методических рекомендаций по дополнительной оплате труда за выполнение высокотехнологичных (дорогостоящих) операций».
15. Распоряжение Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга от 30 июня 2010 г. № 346-р «Об утверждении предварительных медико-экономических стандартов».
16. Распоряжение Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга от 30 июля 2010 г. № 400 «Об утверждении предварительных медико-экономических стандартов».
17. Клинико-экономический анализ. — Изд. 3-е, доп. с приложениями / Под ред. проф. П.А. Воробьева. — М.: Ньюдиамед, 2008. — 778 с.
18. Щербук Ю.А., Кадыров Ф.Н. Материальное стимулирование выполнения высокотехнологичных (дорогостоящих) операций // Менеджер здравоохранения. — 2007. — № 2. — С. 22–29.

Поступила в редакцию 02.11.2011 г.