



Европейская министерская конференция
ВОЗ по системам здравоохранения:
„СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ -
ЗДОРОВЬЕ - БЛАГОСОСТОЯНИЕ“
Таллинн, Эстония, 25–27 июня 2008 г.

СПРАВОЧНЫЙ ДОКУМЕНТ

Оценка эффективности реформирования системы здравоохранения: опыт, проблемы и перспективы

Peter C. Smith, Elias Mossialos
и Irene Papanicolas



ЕВРОПА

**Оценка эффективности
реформирования системы
здравоохранения:
опыт, проблемы и перспективы**

Peter C. Smith, Elias Mossialos и Irene Papanicolas

Ключевые слова

DELIVERY OF HEALTH CARE – standards
QUALITY INDICATORS, HEALTH CARE
QUALITY ASSURANCE, HEALTH CARE – organization and administration
EUROPE

© Всемирная организация здравоохранения, 2008 г. и Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2008 г.

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых пока не достигнуто полного согласия.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее опубликованные материалы распространяются без какой-либо четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Содержание

Основные положения	v
Реферат	vi
Оценка эффективности реформирования системы здравоохранения: опыт, проблемы и перспективы	1
Краткий аналитический обзор	1
Цель оценки эффективности	1
Определение эффективности и ее оценка	2
Методологические вопросы оценки эффективности	7
Использование оценки эффективности: основные политические рычаги	11
Резюме и выводы	18
Библиография	21

Авторы

Elias Mossialos, LSE Health and European Observatory on Health Systems and Policies, London School of Economics and Political Science, Соединенное Королевство

Irene Papanicolas, LSE Health, London School of Economics and Political Science, Соединенное Королевство

Peter C. Smith, Centre for Health Economics, University of York, Соединенное Королевство

Авторы и редакторы выражают благодарность рецензентам за их экспертную помощь и комментарии о данной публикации.

Основные положения

- Оценка эффективности обеспечивает более безопасное и контролируемое реформирование системы здравоохранения.
- Оценка эффективности направлена на повышение качества решений, принимаемых всеми участниками системы здравоохранения.
- Обеспечение безопасности, улучшающее оценку эффективности, часто требует активного участия правительства.
- Большие изменения все еще необходимы при сборе данных, методиках анализа, политическом развитии и внедрении оценки эффективности в системе здравоохранения.
- Определения ключевых показателей эффективности должны быть ясными и последовательными. Они должны вписываться в четкую концептуальную схему.
- Политическим деятелям следует обратить пристальное внимание на политический и организационный контекст, в котором происходят сбор и распределение оценочных данных.
- Существенный прогресс был достигнут в развитии ключевых показателей эффективности для скорой помощи, первичной медицинской помощи и общественного здравоохранения, однако исследования сферы психического здоровья, системы страхования и способности к быстрому реагированию системы здравоохранения находятся на значительно более ранней стадии развития.
- Развитие индивидуальных ключевых показателей эффективности требует согласованных усилий экспертов и политиков. Эти показатели должны способствовать распространению информации, необходимой для отдельных участников системы здравоохранения, давать возможность оценить показатели, относящиеся напрямую к организации или участнику системы здравоохранения, быть максимально статистически достоверными, легкими для интерпретации и однозначными. Также должны быть описаны ограничения по использованию всех данных.
- Пристального внимания требует представление данных оценки эффективности и того, как оно влияет на интерпретацию этих данных пациентами, поставщиками медицинских услуг, врачами и обществом.
- Публичное сообщение имеет много преимуществ, однако может привести и к нежелательным последствиям. Для отслеживания и устранения таких последствий должны применяться специальные методики.
- Оценка эффективности важна для обеспечения обратной связи с практикующими врачами в отношении их результативности и того, как их результативность соотносится с показателями коллег.
- Системы оценки эффективности должны отслеживаться для подтверждения соответствия другим механизмам системы здравоохранения и определения областей, требующих усовершенствования.
- Соотношение оценки эффективности и финансовых стимулов — перспективная область для стратегических вмешательств и научных исследований.
- Необходимо улучшить доказательную базу, на которой основывается политика оценки эффективности. Все новые предложения должны подвергаться строгой оценке.

Реферат

Оценка эффективности обеспечивает безопасное и контролируемое реформирование системы здравоохранения. Роль такой оценки сводится к улучшению качества решений, принимаемых всеми участниками системы здравоохранения, включая пациентов, врачей, организаторов здравоохранения, правительства на всех уровнях, страховщиков и всех плательщиков, политиков и население в качестве источников финансирования.

Последние большие достижения в сфере информационных технологий и возрастающие потребности системы контроля здравоохранения, а также выбор пациентов привели к значительным изменениям в оценке эффективности системы здравоохранения. Тем не менее области здравоохранения находятся на относительно ранней стадии развития оценки эффективности, и основные усовершенствования необходимы в системе сбора данных, методиках анализа, а также в политическом развитии и внедрении оценки эффективности в работу системы здравоохранения.

Оценка системы здравоохранения включает ряд аспектов: здоровье населения, исходы лечения, качество и правильность проводимого лечения, ответственность, объективность и продуктивность. Каждый из этих аспектов оценки эффективности и методик сбора данных находится на различных уровнях. Достигнут прогресс в развитии ключевых показателей эффективности для скорой помощи, первичной медицинской помощи и общественного здравоохранения, однако исследования сферы психического здоровья, системы страхования и способности к быстрому реагированию системы здравоохранения находятся на значительно более ранней стадии развития.

Первая задача любой системы оценки эффективности — это формулировка четкой концептуальной схемы, в рамках которой можно развивать критерии качества работы. Определения ключевых показателей эффективности должны вписываться в эту схему и соответствовать ряду характеристик, таких, как достоверность, воспроизводимость, приемлемость, выполнимость, надежность, чувствительность и прогностическая достоверность. Кроме того, учитывая эти технические условия, организаторы здравоохранения должны обратить внимание на политический и организационный контекст, в котором производятся сбор и распределение оценочных данных.

При анализе и интерпретации оценочных данных возникает множество технических вопросов.

Наиболее важные среди них — что обусловило наблюдаемую оценку и к каким врачам, организациям или агентствам следует отнести вариации в этой оценке? В некоторых областях были освоены усовершенствованные аналитические методики корректировки по риску для ответа на вопрос об отнесении вариаций.

В некоторых областях здравоохранения безопасность пациента — основная задача, и методы статистической выживаемости были развиты именно для помощи в выявлении аномальных показателей быстро и точно. Примером такого аномального, хотя и не обязательно опасного показателя может быть слишком большое количество хирургических вмешательств. Вслед за выявлением первоначальной *аномалии* необходимо выяснить, означает ли это какую-либо угрозу безопасности пациентов.

Больше внимания следует уделять способу представления данных оценки эффективности и тому, как пациенты, поставщики медицинских услуг, врачи и общественность интерпретируют их, а также тому, как эти данные на них влияют. Например, спорным остается вопрос об использовании *комбинированных* оценочных данных, что требует объединения нескольких показателей в единую организационную или системную оценку. На первый взгляд такой подход заманчив, поскольку он помогает суммировать достижения в данной сфере, однако он может привести и к ошибочным выводам, поэтому его следует использовать с осторожностью.

Политики могут использовать оценку эффективности для усовершенствования системы разными способами, такими, как *публичное сообщение об эффективности*, иногда в *отчетной форме*. Был выявлен полезный эффект такого способа, особенно в организациях, предоставляющих медицинские услуги. Тем не менее такой способ использования оценочных данных мало воздействует напрямую на пациентов и может привести к нежелательным последствиям, таким, как пропуск пациентов с сочетанными заболеваниями. Должны быть разработаны методики отслеживания и предотвращения таких последствий.

Эксперименты по изучению того, как оценка эффективности может быть использована в связи с *конкретными финансовыми стимулами* для работников системы здравоохранения, идут полным ходом. Это перспективная область политики. Такие схемы ставят важные вопросы, касающиеся дизайна исследований, например вопрос о том, какие аспекты результативности исследовать, как измерить профессионализм, как определить целевые

показатели исследования, применять стимулирование на групповом или индивидуальном уровне, насколько прочной должна быть зависимость достижений и поощрений, каков должен быть размер денежного поощрения. Доказательная база эффективности такого стимулирования слаба, и это направление приоритетно для дальнейшего изучения.

Целевые показатели (количественное выражение целей, которые должны быть достигнуты) — особая форма механизма поощрения. Эти показатели должны быть преобладающими в сфере общественного здоровья. Их эффективность в обеспечении безопасности основных усовершенствований системы здравоохранения сомнительна, и маловероятно, что они обеспечат безопасность таких изменений без согласованной работы с другими политическими рычагами, такими, как сильная демократическая ответственность, рыночные механизмы или прямое финансовое стимулирование.

Оценка эффективности также может использоваться для обеспечения *обратной связи с практикующими врачами* при сравнении результативности работы их и коллег. Такие системы обратной связи снижают риск при реформировании здравоохранения. Врачи должны овладеть такими системами, они также требуют тщательной статистической корректировки по риску для контроля характеристик смешивания пациентов. Кроме того, необходимость обратной связи, которая незамедлительно не угрожает репутации или зарплате врачей и других работников системы здравоохранения, может со временем вступить в противоречие с потребностью информирования общественности.

Обеспечение безопасности усовершенствования оценки эффективности — важная задача правительства, поскольку многие полезные результаты применения оценки эффективности не могут быть достигнуты без активного участия правительства посредством принятия законов, регулирования, координации или аргументирования. Основные задачи, связанные оценкой эффективности, могут быть сведены к следующим положениям.

1. *Разработка четкой концептуальной схемы и ясное видение целей системы оценки эффективности:*

- координация с системой отчетности;
- координация с другими механизмами системы здравоохранения, такими, как финансирование,

рыночная структура и информационные технологии.

2. *Разработка механизмов сбора данных:*

- детализированный перечень индивидуальных показателей;
- соотнесение с лучшей международной практикой.

3. *Информационное руководство:*

- аудит данных и контроль качества;
- гарантия общественного доверия к информации;
- гарантия высокоинформированной общественной полемики.

4. *Развитие аналитических средств и обеспечение помощи при анализе данных:*

- гарантия того, что анализ проводится разумно и эффективно;
- гарантия того, что руководители местных органов здравоохранения понимают сущность анализа;
- проведение необходимых исследований, например корректировки по риску, динамики и механизмов обратной связи.

5. *Развитие методов группировки данных и их представления:*

- гарантия того, что информация оказывает надлежащее воздействие на все заинтересованные стороны;
- обязательное опубликование итоговой информации;
- гарантия сравнимости и последовательности.

6. *Разработка системы стимулирования в соответствии с оценкой эффективности:*

- мониторинг влияния информации об эффективности на деятельность;
- деятельность по усилению полезных эффектов и нивелированию вредных последствий.

7. Оценка инструментов эффективности:

- гарантия рентабельного использования денежных средств на информационные ресурсы.

8. Управление политическим процессом:

- развитие и мониторинг политических функций;

- поддержка здоровой политической полемики;
- гарантия того, что заинтересованные группы не завладели информационной системой оценки эффективности.

Ни одна из этих функций не должна возлагаться только на правительство, однако должна быть гарантия того, что все названные функции эффективно выполняются.

Оценка эффективности реформирования системы здравоохранения: опыт, проблемы и перспективы

Краткий аналитический обзор

Информация играет ключевую роль в способности системы здравоохранения обеспечить безопасность эффективного лечения. Она может быть использована в различных сферах, таких как, отслеживание общественного здоровья, мониторинг безопасности лечения, определение необходимой стратегии лечения для пациентов, обеспечение профессионального роста врачей, контроль руководства и обеспечение отчетности перед населением. В основе всех этих усилий лежит роль, которую играет оценка эффективности в принятии решений различными участниками системы здравоохранения: пациентами, врачами, организаторами здравоохранения, правительством и обществом. Решения должны быть направлены на улучшение результатов работы системы здравоохранения.

Первые немногочисленные записи, касающиеся оценки эффективности здравоохранения, появились 250 лет назад (1,2). Более четкие доказательства сбора и публикации информации по эффективности были выдвинуты более 100 лет назад, когда пионеры в этой области Florence Nightingale и Ernest Codman совместно пропагандировали широкое использование такой информации в системе здравоохранения. До недавнего времени профессиональные, практические и политические препятствия не позволяли этим принципам стать реальностью (3). Например, усилия Nightingale и Codman были тщетны из-за недовольства коллег, и до недавнего времени информационные системы не приносили ожидаемой пользы в виде своевременных, точных и полных сведений.

Но в течение последних 25 лет оценка эффективности и информирование в системе здравоохранения значительно улучшились, помогая обеспечить безопасное реформирование системы. На это улучшение повлияли многие факторы. С позиции спроса системы здравоохранения испытывают значительное давление в отношении содержания расходов. Пациенты сегодня хотят принимать более информированные решения в отношении их лечения, а также существует огромная потребность в повышенном контроле и отчетности специалистов-медиков и учреждений здравоохранения (4,5). С позиций предложения большой рывок в развитии информационных технологий позволил удешевить и облегчить сбор, обработку и распространение информации.

Политическая программа уходит от обсуждения того, необходимо ли проведение оценки эффективности и какие данные следует собирать, и приходит к определению лучших способов обобщения и представления таких данных и решению того, как лучше интегрировать эти данные в эффективные управленческие структуры. Кроме роста количества предложений по оценке эффективности остается большое количество нерешенных вопросов о сборе и использовании этой информации. Системы здравоохранения экспериментируют с концепцией оценки эффективности, и нужно сделать очень многое для реализации ее потенциала.

Этот документ освещает некоторые из основных проблем, находящихся в обсуждении и касающихся оценки эффективности. В нем представлена детальная подборка данных ведущих экспертов в этой области. Эти данные были подготовлены для Министерской Конференции ВОЗ по системам здравоохранения в Таллинне (Эстония), и опубликованы после конференции издательством Кембриджского университета (6). В этом документе, во-первых, анализируются цель проведения оценки эффективности и различные сферы, в которых производится сбор данных. Во-вторых, изучаются различные способы представления данных оценки эффективности и использования их для усовершенствования здравоохранения на международном уровне. Наконец, в документе обсуждаются основные проблемы в представлении и использовании данных оценки и делается заключение в виде ключевых рекомендаций и определения приоритетов для политических деятелей.

Цель оценки эффективности

Системы здравоохранения представляют собой сложные системы с большим количеством различных участников, включая пациентов, практикующих врачей, поставщиков медицинских услуг, потребляющие организации, координаторов, правительство и широкую общественность. Участники связаны между собой отношениями подотчетности (рис. 1). Отчетность имеет две составляющие: представление отчета (входящая информация) и последующая реакция на отчет (санкции или поощрение ответственной стороны). Каким бы ни было первоначальное устройство системы здравоохранения, ключевая роль оценки эффективности заключается в приведении к отчету различных участников системы, которые получают возможность принимать

информированные решения. Поэтому заслуживает внимания то, что при надлежащем функционировании подотчетных отношений ни одну систему представления информации не следует рассматривать изолированно от широкой плановой системы, содержащей в себе систему оценок.

Каждый вид взаимоотношений, показанных на рис. 1, имеет разные информационные потребности в зависимости от типа информации, ее точности и своевременности, а также требуемого уровня агрегации. Например, при выборе услуг медицинского учреждения пациенту могут потребоваться детальные сравнительные данные по исходам в отношении здоровья. Напротив, выбирая правительство и решая, кому оказать доверие, гражданин может воспользоваться максимально сжатой информацией. Появляется также много промежуточных потребностей. Решая вопрос о том, работают ли медицинские учреждения адекватно, потребителю (такому, как страховая компания) могут понадобиться как более сжатые всесторонние сведения, так и детализированные данные о гарантиях безопасности. Фундаментальная проблема оценки эффективности заключается в разработке таких информационных систем, которые удовлетворяли бы все эти противоречивые потребности. В табл. 1 этот вопрос представлен более подробно.

На практике развитие оценки эффективности редко было связано с четкой картиной того, кто будет использовать эту информацию и какой она должна быть. Системы оценки эффективности обычно пытаются довести информацию до различных пользователей, предоставляя, как правило, широкий спектр данных в надежде на то, что какая-то часть собранных данных будет полезна той или иной заинтересованной стороне. Учитывая разнообразие информации, необходимой различным участникам системы здравоохранения, маловероятно, что единый метод представления информации подойдет для всех. Поэтому должны быть созданы источники данных, удовлетворяющие потребности различных пользователей. Это могут быть данные из одного источника, используемые в различных формах. Основная проблема систем здравоохранения в этом случае заключается в определении нюансов сбора и представления оценочных данных для различных участников без необходимости сбора и анализа новых данных для каждой категории пользователей.

Определение эффективности и ее оценка

В целом оценка эффективности служит для определения и сообщения степени, в которой различные

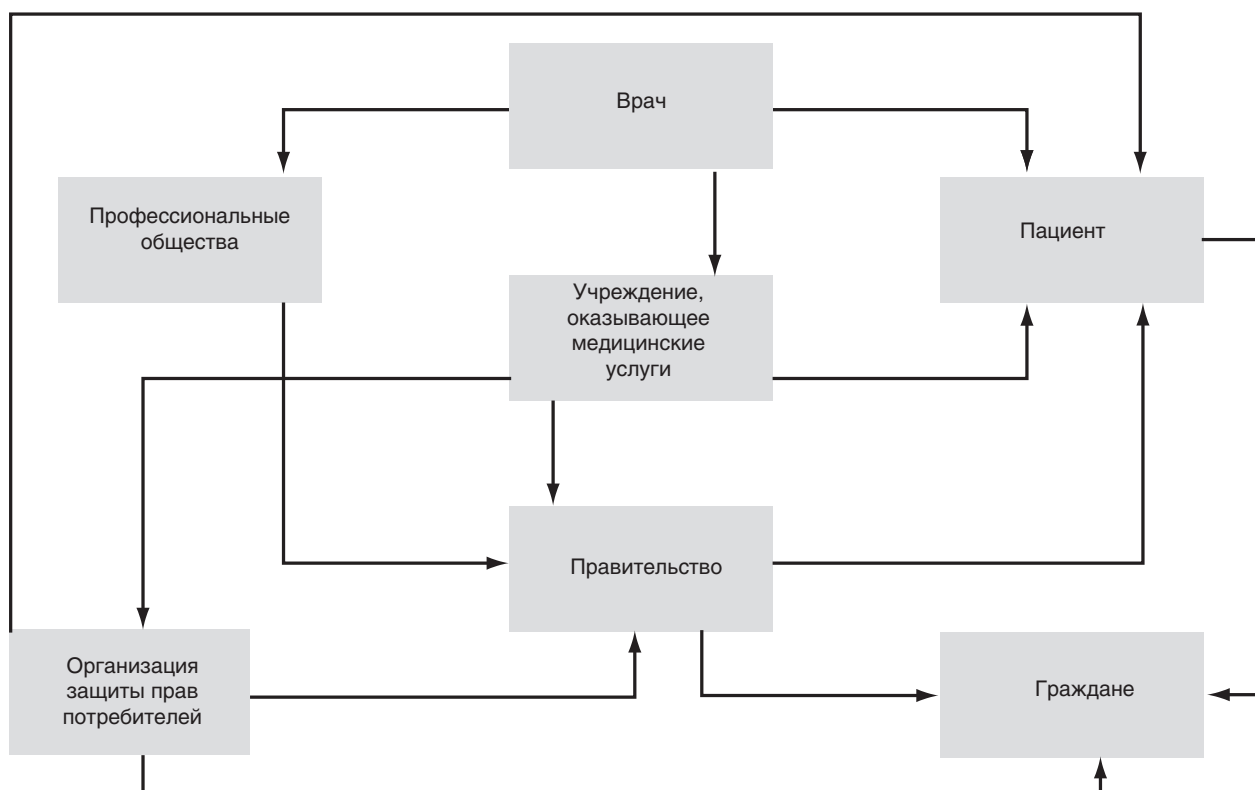


Рисунок 1. Схема некоторых важных взаимоотношений в системе здравоохранения

Таблица 1. Информационные потребности участников системы здравоохранения

Участник	Пример потребностей	Требования к информации
Правительство	Мониторинг общественного здоровья Определение политики здравоохранения Гарантия правильной работы регулирующих механизмов Гарантия целевого расходования государственного финансирования Гарантия необходимой информационной и исследовательской деятельности Мониторинг эффективности и продуктивности регулирующих механизмов	Информация о деятельности на национальном и международном уровне Информация о доступности и объективности медицинской помощи Информация о загруженности службы и времени ожидания Данные о здоровье населения
Управляющие органы здравоохранения	Защита безопасности и благополучия пациентов Гарантия защиты потребителей Гарантия эффективного функционирования рынка	Своевременная, надежная и последовательная информация о безопасности и благополучии пациентов Информация об открытости и разумности финансовых потоков
Плательщики (налогоплательщики и вкладчики страховых фондов)	Гарантия эффективного, разумного расходования средств в соответствии с ожиданиями	Сжатая сравнительная оценка эффективности Информация о продуктивности и рентабельности Информация по доступности и объективности помощи
Потребительские организации	Гарантия соответствия контрактов, заключаемых с пациентами, ожиданиям пациентов	Информация о мнении пациентов и уровне их удовлетворенности Информация о деятельности поставщиков медицинских услуг Информация о рентабельности методов лечения
Поставщики медицинских услуг	Мониторинг работы и усовершенствование существующих организаций здравоохранения Оценка местных нужд	Сжатые данные по клинической деятельности Информация о мнении пациентов и уровне их удовлетворенности Информация о доступности и объективности помощи Информация о загруженности службы и времени ожидания
Практикующие врачи	Работа в соответствии с современной практикой Готовность самосовершенствоваться	Информация о используемых подходах и наилучших подходах Информация о критериях деятельности
Пациенты	Возможность выбора при необходимости поставщика медицинских услуг Информация об альтернативных методах лечения	Информация о расположении и качестве учреждений неотложной медицинской помощи Информация о качестве функционирования медицинских учреждений выбора
Общество	Получение гарантий доступности необходимых медицинских служб в будущем Получение отчета от правительства и выборных чиновников	Информация о направлениях деятельности и сравнения эффективности системы здравоохранения на национальном и местном уровнях Информация об эффективности Информация о безопасности

области здравоохранения достигают намеченных целей. Как правило, эти цели могут быть выражены ограниченным количеством положений, например поддержание здоровья людей системой здравоохранения, соответствие системы общественным предпочтениям, финансовая защита предоставляемых услуг и их эффективность. *Поддержание здоровья* относится как к исходам лечения, так и к состоянию здоровья населения в целом. *Соответствие общественным предпочтениям* охватывает аспекты

системы здравоохранения, напрямую не связанные с исходами для здоровья, такие, как достоинство, общение, независимость, справочная служба, возможность использования общественной поддержки во время лечения, качество работы основных служб и выбор поставщика медицинских услуг. *Продуктивность* определяется степенью, в которой ресурсы системы здравоохранения используются эффективно. Помимо заботы о достижении результатов по каждому из этих направлений, в докладе

Таблица 2. Аспекты оценки эффективности здравоохранения

Область оценки	Описание оценки	Примеры показателей
Общественное здоровье	Оценка сгруппированных данных о здоровье населения	Средняя продолжительность жизни Средний возраст смерти Предотвратимая смертность Потерянные годы здоровой жизни
Индивидуальные исходы для здоровья	Оценка состояния индивидуального здоровья, которая может относиться к оценке здоровья населения в целом или по группам Показатели, относящиеся к практической классификации различных состояний здоровья	Обобщенные оценки: • краткая форма 36 (SF-36)*; • EQ-5D**; специфические оценки в соответствии с заболеванием: • шкала оценки влияния артрита на качество жизни; • анкета при болезни Паркинсона (PDQ-39).
Клиническое качество и правильность лечения	Оценка услуг и ухода, получаемого пациентами для достижения ожидаемого исхода Оценки, используемые для определения применения наилучших практических подходов в лечении и правильности их применения	Оценки исходов: • состояние здоровья; • повторная госпитализация после определенных операций и уровни смертности. Оценки процесса: • частота измерения артериального давления.
Соответствие системы здравоохранения общественным предпочтениям	Оценка способа лечения пациентов и условий, в которых это лечение производится Оценки, связанные с вопросами достоинства пациентов, независимости, конфиденциальности, общения, работы справочной службы, общественной поддержки и качества основных удобств.	Оценки опыта пациентов Оценки степени удовлетворения пациентов
Объективность	Оценки степени объективности в здравоохранении, доступности, ответственности и финансирования системы здравоохранения	Оценки загруженности Уровень доступности Отношение имеющегося в наличии к потребностям Предельные затраты Детализированные оценки исходов для здоровья
Продуктивность	Оценки продуктивности системы здравоохранения, организаций здравоохранения и отдельных врачей	Производительность труда Оценка рентабельности (для медицинских вмешательств) Техническая эффективность (оценки КПД) Эффективность распределения ресурсов (оцениваемая по готовности платить)

* SF-36 – многоцелевая краткая анкета о здоровье, состоящая из 36 вопросов.

**EQ-5D – стандартизированный инструмент оценки исходов при разнообразных заболеваниях и вариантах лечения. Он прост в использовании, нагляден и может использоваться для клинической и экономической оценки состояния здравоохранения.

Источник: Smith и др. (6).

ВОЗ о состоянии здравоохранения 2000 (7) подчеркнута важность проблем распределения ресурсов, выражающаяся в виде неэквивалентности исходов лечения для здоровья. Табл. 2 содержит наиболее универсальные аспекты оценки эффективности здравоохранения.

Для различных аспектов здравоохранения прогресс в развитии оценки эффективности и методик сбора данных был достигнут в различной

степени. В некоторых областях показатели эффективности четко определены. Например, показателем состояния общественного здоровья является уровень детской смертности или средняя продолжительность жизни. Однако даже здесь необходима дальнейшая работа. Особенную сложность в оценке общественного здоровья представляет оценка специфического вклада в здоровье людей собственно системы здравоохранения. Для его определения исследователями разработаны новые

Таблица 3. Применимость структурных показателей, а также показателей процесса и исходов

Вид показателя	Преимущества	Недостатки	Области наилучшего применения
Исходы	<p>Часто более показательные для участников системы</p> <p>Внимание (и цели здравоохранения) направлено на пациента</p> <p>Поощряет долгосрочные стратегии улучшения здоровья</p> <p>Показателями сложно манипулировать</p>	<p>Могут быть неоднозначными и сложными в интерпретации, поскольку объединяют много факторов, которые сложно разграничить</p> <p>Сбор занимает долгое время</p> <p>Требуется большой объем выборки для получения статистически значимых показателей</p> <p>Могут быть сложными в оценке (например, раневая инфекция)</p>	<p>Оценка качества однородных манипуляций</p> <p>Оценка качества диагностики однородных состояний с выраженной взаимосвязью между вмешательствами и исходами</p> <p>Оценка качества выполненных медицинских вмешательств различным категориям населения со сходными состояниями</p>
Процесс	<p>Просто измеряемые без основного отклонения или ошибки</p> <p>Более чувствительные к качеству помощи</p> <p>Легче интерпретируются</p> <p>Требуют выборку меньшего объема для получения статистически значимых показателей</p> <p>Часто могут быть получены без усилий</p> <p>Предусматривают четкую схему действий</p> <p>Охватывают области медицинской помощи, оцениваемые пациентами (не исходы)</p>	<p>Часто слишком специфичны, фокусируются на определенном вмешательстве или состоянии</p> <p>Могут быстро устаревать с развитием моделей лечения и технологий</p> <p>Могут иметь малую ценность для пациентов, если они не понимают, как эти показатели соотносятся с исходами</p> <p>Показателями легко манипулировать</p>	<p>Оценка качества медицинской помощи, особенно в случаях, когда технические навыки относительно неважны</p> <p>Оценка качества медицинской помощи при однородных состояниях в различных условиях</p>

Источник: на основании Davies (13) и Mant (14).

инструменты, такие, как концепция предотвратимой смертности (8,9).

Вклад системы здравоохранения в здоровье человека можно охарактеризовать с помощью клинических исходов для пациентов. Традиционно этот вклад оценивался по смертности после курса лечения, однако такой способ слишком груб. Тем не менее возрастает интерес к более общим оценкам улучшения состояния здоровья пациента, часто в форме изучения мнений пациентов об исходах лечения. Эти методы оценки основаны на простых анкетах о субъективном состоянии здоровья, заполняемых самими пациентами часто до и после лечения. Были разработаны многочисленные методики анкетирования в контексте клинических испытаний. В этих случаях используются подробные анкеты, связанные с определенным состоянием, или обобщенные оценки состояния здоровья (10).

Выбор наиболее подходящей методики оценки деятельности при проведении мониторинга

исходов медицинских вмешательств по прошествии длительного времени или среди поставщиков медицинских услуг – вопрос политики здравоохранения. В Англии, например, правительство недавно рекомендовало использование обобщенной оценки исходов медицинских вмешательств на основании анкеты EQ-5D для всех пациентов Национальной системы здравоохранения, подвергающихся четырем наиболее частым манипуляциям. В ходе этого эксперимента будет определена стоимость такого рутинного использования анкеты, а также выяснится, устойчиво ли сопротивление некоторых медицинских работников мнению пациентов. Кроме того, если уместность оценки пациентами уровня оказания им неотложной помощи понятна, то применение этого метода оценки при хронических или психических заболеваниях еще мало разработано.

Несмотря на то что оценка клинических исходов – это «золотой стандарт» оценки эффективности работы системы здравоохранения, их использование может быть проблематичным.

Вставка 1. Сравнение эффективности работы лечебных учреждений в Финляндии**Предпосылки**

В Финляндии в 1997 г. Национальный центр изучения и развития здоровья и благополучия запустил проект «Сравнение эффективности работы лечебных учреждений» для получения сравнительных данных о деятельности и продуктивности работы лечебных учреждений (18). Основными целями проекта были:

- разработать новый метод оценки работы лечебных учреждений, который был бы лучше традиционных методов, таких, как количество госпитализаций или число посещений поликлиники;
- организовать управление работой лечебных учреждений с учетом сравнительных данных для усовершенствования и направления их деятельности.

Сбор данных

Проект охватывал почти все общественно доступные специализированные лечебные учреждения в Финляндии, и в 2006 г. данные этого проекта были использованы при подсчете национальных статистических показателей. Данные для проекта «Сравнение эффективности работы лечебных учреждений» поступали ежегодно из лечебных учреждений и включали как данные о пациентах, находящихся в стационаре, так и об амбулаторных пациентах, а также информацию о диагнозах и манипуляциях. В рамках проекта было предложено большое количество госпитальных и региональных показателей продуктивности лечебных учреждений и затрат – по специализации палат и диагностических групп. С помощью единых кодов персонализации различные эпизоды лечения одного и того же пациента могли быть связаны.

Использование данных

Данные позволили оценить продуктивность и затраты на региональном уровне, что показало, например, насколько затраты района или муниципального округа отличаются от средних по стране, а также насколько это отклонение зависит от неэффективных расходов служб и объема использования услуг одним человеком.

Данные «Сравнения эффективности работы лечебных учреждений» все больше используются для улучшения и направления деятельности лечебных учреждений. Результаты «Сравнения эффективности работы лечебных учреждений» показывают, что продуктивность больниц падает в течение 2001–2005 гг., а также что существуют выраженные различия в продуктивности работы лечебных учреждений (19).

Например, если исходы действительно не могут быть оценены своевременно и достоверно. Это особенно важно для хронических заболеваний. Оценка процесса в этом случае становится важным показателем будущего успеха (11). Оценка процесса основывается на действиях или структурах, которые связаны с исходами в системе здравоохранения как в отношении здоровья, так и в отношении соответствия ожиданиям пациентов. Примером такого действия могут быть правильные назначения, вклад которых в положительный исход лечения подтвержден научными данными (12). Концепция эффективного охвата

Вставка 2. ОЭСР Проект индикаторов здравоохранения**Предпосылки**

Начиная с 2001 г. ОЭСР в рамках Проекта индикаторов здравоохранения отслеживала качество здравоохранения во многих странах и оценивала качество международной системы здравоохранения. Для этого был разработан набор индикаторов, основанных на сопоставимых данных, которые могут быть использованы для изучения различий в качестве оказания медицинской помощи в разных странах.

Индикаторы

Индикаторы создавались для пяти областей:

1. безопасность пациентов;
2. качество психиатрической помощи;
3. качество профилактической и первичной медико-санитарной помощи;
4. качество ведения сахарного диабета;
5. качества ведения сердечно-сосудистых заболеваний.

Подбор индикаторов происходит в два этапа. Сначала собираются данные по ограниченному набору новых индикаторов, которые готовятся группой международных экспертов в каждой из пяти областей. Затем эксперты в каждой стране проводят работу по усовершенствованию разработанных индикаторов.

Источник: Проект индикаторов здравоохранения (20).

также представляет собой важную оценку процесса общественного здравоохранения. В табл. 3 представлены основные преимущества и недостатки использования показателей исходов и процесса, а также области оценки эффективности, в которых они наиболее полезны.

Работа в области соответствия общественным предпочтениям проблематична, поскольку она требует массового анкетирования как пользователей системы здравоохранения, так и людей, не пользующихся ее услугами. Кроме этого, необходимо объединить разные области в удобные обобщенные показатели, что тоже проблематично. Обзор ВОЗ состояния здоровья населения включает раздел по соответствиям общественным предпочтениям, дающий возможность для принятия управленческих решений в области рутинной оценки соответствия системы здравоохранения общественным предпочтениям (15).

Финансовая защита от чрезмерных трат, связанных с болезнью, — это фундаментальная задача системы здравоохранения. Во многих развитых странах для решения этого вопроса введена система стандартного страхования, но даже при этом существуют достаточно большие варианты в оценке финансовой защиты в разных странах и в различные периоды времени. Проблема более остро стоит в странах с низким уровнем экономического развития, где

варианты в степени защиты населения (особенно бедного) от чрезмерных трат ярко выражены. Поэтому ВОЗ и Всемирный Банк особенно заинтересованы в разработке надежных и сравнимых показателей финансовой защищенности (16). Основная задача состоит в снижении среднего уровня расходов на заботу о здоровье, отслеживании долговременных последствий для благосостояния и сбережений населения.

Наконец, продуктивность (и эффективность) — это, вероятно, самая проблематичная область оценки из всех, поскольку она стремится предложить всеобъемлющую схему, связывающую все ресурсы, используемые для оценки эффективности, описанные выше. Необходимость разработки надежных критериев оценки продуктивности очевидна, это ставит перед политиками задачу решить, где ограниченные финансовые ресурсы системы здравоохранения используются наилучшим образом, и определить неэффективно работающих поставщиков медицинских услуг. Данные Доклада ВОЗ о состоянии здравоохранения 2000 г. (7), однако, отражают всю сложность этой задачи на макроуровне. Сопутствующие проблемы определения расходуемых ресурсов обостряются все больше по мере опускания на самые низкие уровни детализации, такие как мезоуровень (поставщики медицинских услуг, например), отделения клиник, врачи или отдельные пациенты (самый проблемный уровень) (17). Вставка 1 содержит детали финского опыта определения критериев, используемых для повышения продуктивности.

Методологические вопросы оценки эффективности

Различные направления использования системы оценки эффективности требуют применения широкого спектра методов оценки, показателей, аналитических технологий и способов представления данных. Кроме того, различные способы сбора данных, такие, как национальные анкеты, индивидуальные анкеты для пациентов, административные базы данных и рутинный сбор клинических данных необходимы для обобщения разных типов информации. Область оценки при внимательном изучении определит методику сбора данных. Так, при оценке соответствия общественным предпочтениям семейные или индивидуальные анкеты будут наилучшим источником данных об опыте и ожиданиях пациентов. При рассмотрении же специфических клинических исходов клинические записи будут более информативным и рентабельным источником информации. На практике, несмотря на то, что в последние годы был достигнут

Таблица 4. Характеристики хороших показателей эффективности

Этапы	Характеристики показателей
Разработка показателей	Внешняя/ содержательная достоверность: степень точности оценки измеряемого фактора
	Воспроизводимость: степень, в которой показатель остается неизменным при повторном применении метода, с помощью которого он был получен
Применение показателей	Приемлемость: степень, в которой показатель может быть приемлем для тех, кого оценивают и тех, кто проводит оценку
	Выполнимость: степень, в которой достоверные, надежные и последовательные данные доступны для сбора.
	Надежность: величина ошибки измерения или степень, в которой данные останутся неизменными в случае их повторного сбора другой организацией
	Чувствительность к изменениям: степень, в которой показатель способен отражать изменения в области оценки
	Прогнозируемая достоверность: степень, в которой показатель может быть достаточно точно спрогнозирован

Источник: По данным Campbell (21).

значительный прогресс в оценке эффективности, многие системы здравоохранения все еще полагаются на легко доступные данные в оценке эффективности.

Первое требование к любой системе оценки эффективности — разработка четкой концептуальной схемы, в рамках которой могут развиваться методы оценки эффективности. Эта схема должна гарантировать, что все основные сферы системы здравоохранения охвачены системой оценки, что могут быть определены приоритеты в развитии и что усилия по сбору и анализу данных направлены в нужное русло и не дублируются. Основное требование — разработка портфолио инструментов оценки эффективности. Примером служит Организация Экономического Сотрудничества и Развития (ОЭСР) в рамках Проекта индикаторов здравоохранения, которая стремится объединить набор показателей эффективности, обычных для большого количества национальных схем оценки эффективности (вставка 2).

Вопросы, связанные с методологией, возникают при рассмотрении дизайна индивидуальных

Вставка 3. Основные моменты, которые необходимо учитывать при рассмотрении причинных и атрибутивных отклонений

При изучении методов оценки эффективности при рассмотрении причинных и атрибутивных отклонений необходимо принимать во внимание следующее рекомендации.

При изучении и оценке материалов исследований, необходимо уделять особое внимание:

- методологии исследования;
- наличию контрольной группы по сопутствующим переменным;
- возможности перенесения результатов исследования с исследуемой группы на более широкую популяцию.

Для обнаружения ключевых путей развития желательных или нежелательных процессов и исходов необходимо проведения проспективного анализа. При этом исследования должны выявлять:

- возможные сопутствующие факторы;
- степень, в которой данные факторы поддаются оценке или могут быть сгруппированы.

Согласно новым рекомендациям по оценке эффективности при разработке дизайна исследования необходимо принимать во внимание все возможные источники случайных и систематических ошибок в измерениях. Необходимо внедрять процедуры сбора данных, которые в наибольшей степени обеспечивают достоверность и точность данных (как первичных, так и вторичных), используемых в оценке качества.

При оценке взаимоотношений различных оцениваемых факторов и показателей качества необходимо использовать методики коррекции риска. Для группирования данных по различным уровням системы здравоохранения при расчетах необходимо использовать иерархические модели. Также необходимо рассматривать целесообразность использования различных статистических методов, таких как построение тенденций и применение инструментальных переменных.

Даже при использовании наилучших из доступных статистических методов невозможно полностью исключить вероятность причинных и атрибутивных отклонений. При оценке эффективности необходимо постоянно отслеживать и учитывать возможность непреднамеренных ошибок, особенно в тех случаях, когда с определением связаны компенсации и другие средства поощрения.

Источник: По данным Terris и Aron (23).

показателей. Важным здесь становится уровень представления данных об эффективности. Это может быть макроуровень (средняя продолжительность жизни в стране), мезоуровень (уровень постоперационной смертности в больницах) и микроуровень (исходы для здоровья при лечении отдельными врачами). В табл. 4 обобщены некоторые характеристики хороших показателей. Целью было развитие приемлемых, технически выполнимых, достоверных, чувствительных к изменениям и надежных показателей эффективности.

В следующих разделах более подробно рассмотрены методологические положения, которые следует принимать во внимание при выборе показателей, их использовании и интерпретации.

Ответственность и причинность

Основные вопросы, возникающие при попытке интерпретации многих оценочных данных, следующие: какими причинами обусловлены наблюдаемые показатели эффективности и какие из врачей, организаторов здравоохранения или агентств ответственны за вариации показателей эффективности? Nauck, Rice и Smith (22) показали, что существуют огромные различия в степени влияния системы здравоохранения на показатели эффективности, от очень

выраженного воздействия на оценку соответствия общественным предпочтениям (например, показатель времени ожидания) до незначительного влияния на показатель смертности, который в большей мере зависит от факторов вне системы здравоохранения. Эти вариации следует учитывать при составлении мнения о поставщиках медицинских услуг или других участниках системы здравоохранения. В стратегии, направленной на повышение доступности медицинской помощи и гарантию ответственности, ключевое значение имеет отнесение причин, по которым показатели имеют то или иное значение, на счет конкретного источника(ов). При использовании статистических методов в оценке причинных взаимоотношений в политике руководства исследователям и политикам следует особенно внимательно относиться к контролю оценочных и атрибутивных отклонений (вставка 3) (23).

Корректировка по риску представляет собой широко используемый инструмент для решения проблемы отнесения отклонения к какому-либо источнику. Этот метод позволяет корректировать исходные данные, учитывая различные источники, смешение случаев и факторы окружающей среды, тем самым стремясь к улучшению сравнимости (вставка 4). В здравоохранении вариации исходов для здоровья пациентов в значительной мере зависят от

Вставка 4. Роль статистических факторов при учете риска

Учет риска часто проводится с помощью статистического моделирования в крупных базах данных, получающих информацию от многих поставщиков услуг. В результате расчетов формируются формулы, позволяющие оценивать риск пациента. Также статистические модели могут применяться для оценки ожидаемых исходов для поставщиков услуг, при этом учитывается разнородность пациентов или популяции. После этого фактические исходы сравнивают с расчетными. При учете риска необходимо принимать во внимание следующее.

- Наилучшие модели учета риска создаются при мультидисциплинарном подходе, при взаимодействии клиницистов и статистиков и при участии специалистов в области информационных систем и баз данных.
- Различные условия работы, характеристики пациентов и спецификации данных могут ограничивать возможности использования одной и той же модели в разных странах. Перед применением модели, разработанной в другом учреждении, клиницисты и статистики должны оценить клиническую применимость модели и ее статистическую эффективность.
- Руководители должны быть осторожны при составлении заключений об эффективности на основании моделей учета риска (таких, как коэффициент смешанной корреляции, R^2 и др.), так как эти показатели не всегда имеют одинаковые прогностические возможности в отношении различных подгрупп.
- В тех случаях, когда предполагается, что характеристики пациентов влияют на назначаемое лечение, более целесообразным может оказаться использование стратификации риска, а не коррекции риска (или их одновременное применение).

Источник: По данным Iezzoni (24).

возраста, принадлежности к определенному социально-экономическому классу и наличия какой-либо сопутствующей патологии. Те же самые положения необходимо учитывать при сравнении показателей общественного здоровья. В таких случаях при использовании показателей и сравнительных данных обязательно применять методы корректировки по риску. Тогда возникает ключевой вопрос: за что отвечает столь тщательно исследуемый показатель? В краткосрочном плане, например, система здравоохранения имеет дело с эпидемиологическими ситуациями и рисками, которые им сопутствуют. Это требует значительной корректировки по риску при сравнении с другими системами здравоохранения. В долгосрочном плане система здравоохранения должна отвечать за улучшение эпидемиологической ситуации и деятельности, связанной со здоровьем. Тогда корректировка по риску становится менее значимой, поскольку система здравоохранения ответственна за многие факторы, влияющие на оцениваемые исходы.

Со времени первого применения диагностическими группами в США методы корректировки по

риску постоянно совершенствовались в течение 40 лет, особенно в отношении корректировки исходов специфических заболеваний или методов лечения. Ключевой проблемой остается качество (особенно полнота) данных, на основании которых производится корректировка по риску, в частности, о наличии сопутствующих заболеваний или осложнений. Фиксация этих данных зависит в итоге от врачей, чья деятельность подвергается оценке, поэтому существует повсеместная угроза сохранности данных, если меры, применяемые к специалистам по результатам сравнительной оценки, слишком строги. Кроме того, большинство методик корректировки по риску все еще совершенствуются, поэтому часто возникает необходимость в подробных качественных клинических комментариях по каким-либо данным, подвергающимся корректировке, поскольку практически в любой схеме есть технические ограничения. Корректировка по риску, однако, практически всегда необходима, если оценка эффективности направлена на защиту доверия к врачу, поэтому очень важно, что методика продолжает совершенствоваться.

Особой проблемой при интерпретации многих оценочных данных является случайная вариация, которая по определению выявляется непостоянно и всегда присутствует в количественных данных. Статистические методы занимают центральное место в определении того, являются ли наблюдаемые вариации эффективности случайными или связаны с вариациями в деятельности участника системы здравоохранения. В качестве стандартного способа измерения доверительный интервал должен быть представлен для всех показателей эффективности. В сфере здравоохранения задача таких методов состоит в своевременном и последовательном выявлении истинных посторонних значений без информации о чрезмерном количестве *ложно-положительных* значений. Это имеет ключевое значение при наблюдении за отдельными врачами или врачебными группами. В связи с этим может возникнуть вопрос: когда отклонение от ожидаемых исходов становится причиной беспокойства и должен вмешаться руководитель? Статистический метод максимального получения информации из данных за определенный период в настоящее время достиг высокого уровня и позволяет руководству вмешиваться более предметно (25).

Комбинированные оценки

Системы здравоохранения — это комплексные организации со множеством аспектов, что усложняет оценку эффективности их работы. Хотя для многих аспектов системы здравоохранения предусмотрены

Таблица 5. Преимущества и недостатки комбинированных показателей

Преимущества	Недостатки
<p>Позволяет шире оценить эффективность системы</p> <p>Выводит эффективность системы в центр политической арены</p> <p>Дает возможность экспертного и международного сравнения эффективности систем здравоохранения</p> <p>Дает политикам на всех уровнях возможность сосредоточиться на областях, где усовершенствования проводятся максимально оперативно, в противоположность отдельным показателям эффективности, работающим постепенно</p> <p>Четко отражает, какие из систем имеют большую эффективность в целом и стремятся к усовершенствованию</p> <p>Может стимулировать улучшение сбора данных и анализа по системам здравоохранения и странам</p>	<p>Могут маскировать неудачи в отдельных областях системы здравоохранения</p> <p>Усложняют определение места с низкой эффективностью, что делает политическое планирование более сложным и менее эффективным</p> <p>Могут приводить к двойному подсчету из-за высокого уровня позитивной корреляции</p> <p>Могут использовать неубедительные данные, стремясь охватить много областей, что может вызывать методологические вопросы</p> <p>Могут делать отдельные оценки спорными и маскировать их из-за агрегации данных</p> <p>Могут игнорировать те аспекты эффективности, которые трудно оценить, что приводит к противоположным поведенческим результатам</p> <p>Могут отражать только отдельные предпочтения при использовании неадекватных методов определения удельного веса каждой из составляющих в процессе разработки комбинированного показателя</p>

Источник: По данным Smith (27).

отдельные оценки качества их работы (такие, как эффективность, объективность, соответствие общественным предпочтениям, качество, исход и доступность) — однако объем информации по всем отраслям ошеломляет. Перегрузка информацией затрудняет осмысление данных для тех, кто пользуется этой информацией. Из-за этих трудностей возрастает популярность комбинированных показателей. Такие показатели объединяют отдельные показатели эффективности в общий показатель или оценку и часто используются для упорядочивания или сравнения эффективности работы разных врачей, организаций или систем, поскольку дают более крупную картину и позволяют расширить взгляд на эффективность деятельности (26).

Но при недостаточно тщательной разработке комплексные показатели могут вводить в заблуждение и приводить к серьезным ошибкам при использовании их в работе или планировании политики здравоохранения (27). Одна из основных проблем в создании комбинированных показателей состоит в решении, какие показатели в него включать и с каким удельным весом. Поскольку комбинированные показатели служат для всесторонней оценки, они должны включать все аспекты эффективности, даже если их сложно оценить. На практике, однако, часто выбор данных мал и для некоторых компонентов показателя могут быть использованы спорные источники данных. Таким образом, для разработки адекватно достоверного показателя требуются навыки (26,27).

Основополагающим для комбинированных индикаторов является определение удельного веса

(или важности) входящих оценочных показателей. Все доказательства свидетельствуют о том, что существуют огромные вариации значения, которое придают разные люди различным аспектам эффективности, поэтому определение важности каждой составляющей — политическое действие. Это свидетельствует о том, что определение удельного веса составляющих комбинированных показателей требует политической законности в отношении лица, принимающего решение. В связи с этим анализ может лишь проинформировать, но не должен определять важность составляющих. Существует комплекс экономических методов для определения важности показателей, который включает методы для определения готовности платить, для отбора предпочтений пациентов при ранжировании альтернативных сценариев, а также для принятия решения о выборе эксперимента. Эти экономические методы тем не менее не нашли широкого применения при создании комбинированных показателей эффективности системы здравоохранения (27).

Помимо определения эффективности польза комбинированных показателей состоит в том, что они позволяют разработать оценку продуктивности в целом (или рентабельности) системы здравоохранения.

В частности, комбинированная оценка достижений системы здравоохранения может параллельно оценивать и затраты без необходимости оценивать затраты на отдельный вид деятельности. Это было принципом, лежащим в основе Доклада ВОЗ о состоянии здравоохранения 2000 г. (7). Однако реакция на этот доклад подчеркнула, что

многие аспекты разработки комбинированных показателей достижений и продуктивности остаются спорными. Таблица 5 позволяет увидеть преимущества и недостатки использования комбинированных показателей в оценке эффективности системы здравоохранения.

Использование оценки эффективности: основные политические рычаги

Быстрый прогресс в технологиях и методах анализа вместе с изменением общественных и профессиональных ценностей сделал более доступным использование крупномасштабных информационных систем для оценки эффективности и усовершенствования (4). Примеры реализации потенциала новых источников данных для улучшения эффективности системы дали противоречивые результаты, и до сих пор нет единого мнения о наилучшем их применении. Этот раздел посвящен опыту использования данных для повышения эффективности и выводам, имеющимся в настоящее время.

Информационные системы

Большинство ранее предпринимаемых усилий по использованию данных об эффективности было направлено на сбор и упорядочивание существующей административной информации и распространение ее для управленческих целей. Эти попытки концентрировались в основном на сдерживании затрат и выделении ресурсов. Примеры включают формирование диагностических групп для сравнения госпитальных затрат в Соединенных Штатах и определение набора показателей эффективности в Англии для того, чтобы помочь организаторам здравоохранения понять, как их локальные системы здравоохранения соотносятся с другими системами в оставшейся части страны. Несмотря на то что (с точки зрения управленческих перспектив) эти методы обладают ценностью в отношении лучшего использования существующих источников данных, мало внимания уделялось использованию этой информации для оценки внешней отчетности или клинических методов лечения (28).

Последние шаги в развитии, такие, как основание Канадского института информации по здравоохранению в 1994 г. и Северного сотрудничества в 2000 г., (вставка 5) обеспечили использование огромных баз данных оценки эффективности более творческим способом для принятия решений, основанных на доказательствах, в медицинском планировании и отчетности. Изначально оценка эффективности использовалась только на федеральном или

Вставка 5. Северное сотрудничество

Предпосылки

Рабочая группа Совета министров стран Северной Европы, состоящая из 3–4 представителей каждой страны (Дания, Финляндия, Гренландия, Исландия, Норвегия и Швеция), была образована в 2000 г. Ее общей целью является улучшение сотрудничества между странами Северной Европы посредством разработки индикаторов качества и образования фондов для их оценки, что оказывает положительное влияние на общество, работников здравоохранения и организаторов здравоохранения.

Индикаторы

Шесть подгрупп работают над выбором общих и болезнь-специфичных индикаторов и индикаторов в области безопасности пациентов, психиатрии, первичной медико-санитарной помощи, скорой медицинской помощи, общественного здоровья и профилактической медицины, а также в сфере образования пациентов. Индикаторы качества, которые были отобраны для стран Северной Европы, попадают в одну из следующих категорий:

1. общие и болезнь-специфичные индикаторы (смертность и показатели выживаемости для наиболее частых заболеваний);
2. продвижение здорового образа жизни и профилактика;
3. психическое здоровье;
4. первичная медико-санитарная помощь;
5. безопасность пациентов;
6. обучение пациентов.

Источник: Министерство здравоохранения и благополучия Швеции (30).

муниципальном уровнях. Сообщения и обобщенные статистические данные становились все более доступными общественности, например в форме ежегодных канадских статистических докладов. Канадский институт информации по здравоохранению также концентрировал свои усилия на анализе данных, собранных для разработки надежных обобщенных показателей, необходимых для лучшего понимания причин появления тех или иных моделей и тенденций и соответственно для оптимального стратегического развития (29).

Последние технологические достижения дали возможность хранить большой объем информации с более высоким уровнем ее детализации, распространять ее шире, а также обновлять эту информацию быстрее. Развитие электронных записей в системе здравоохранения, содержащих всю информацию по истории болезни пациента, откроет широкие возможности оценки эффективности за много лет. Однако возникнет много проблем, если эти потенциальные возможности станут реальностью.

Во-первых, из-за огромного объема обрабатываемых данных и высокой скорости их обработки возрастают важность и проблематичность отслеживания их точности; возрастает вероятность ошибки и ее тяжелых последствий при излишней уверенности в данных эффективности. Во-вторых, непрерывное развитие технологий требует длительных вложений в информационную инфраструктуру и влечет за собой необходимость гарантирования того, что увеличение числа информационных систем взаимно совместимо при использовании их в полной мере. В-третьих, координация работы таких систем имеет ключевое значение для гарантии того, что собранная информация сопоставима между различными учреждениями и организациями. Наконец, сбор и использование такого большого количества информации вызовет этические вопросы, касающиеся личной информации пациентов (31).

Информирование общественности

Возрастает важность информирования общественности и всех заинтересованных сторон о деятельности пользователей и поставщиков медицинских услуг. Эта информация часто представляется в виде отчетных форм или отчетов поставщиков медицинских услуг, в которых обобщаются оценки, такие как время ожидания, уровни удовлетворенности пациентов и уровни смертности по всем поставщикам. Открытость информации для населения преследует две обширные цели: во-первых, стимулировать

качество усовершенствования и, во-вторых, ужесточить наиболее общую отчетность организаций системы здравоохранения и врачей перед обществом, которое доверяет им и пользуется их услугами. Информирование общественности может улучшить качество помощи двумя путями, как показано на рис. 2: (1) выбор пути, когда потребитель становится более информированным и выбор поставщика более высокого качества; (2) изменение пути, когда информация помогает поставщику выявить области с низкой эффективностью, служа стимулом к их усовершенствованию (32).

Как Соединенное Королевство, так и США активно экспериментировали с использованием общественной открытости информации об эффективности деятельности. В США более 20 лет применялись отчетные формы, первый значительный шаг к усовершенствованию этой системы был предпринят федеральным правительственным агентством, утвердившим программу страхования Medicare. Считалось, что эта инициатива сделает выбор потребителя информированным и будет стимулировать совершенствование работы поставщиков медицинских услуг. В ответ на жалобы, касающиеся достоверности ранжирования организаций, оказывающих медицинскую помощь, работу по этой программе быстро свернули. Тем не менее попытки развития многих других форм сообщения об эффективности деятельности предпринимались государственными и федеральными правительствами, нанимателями,

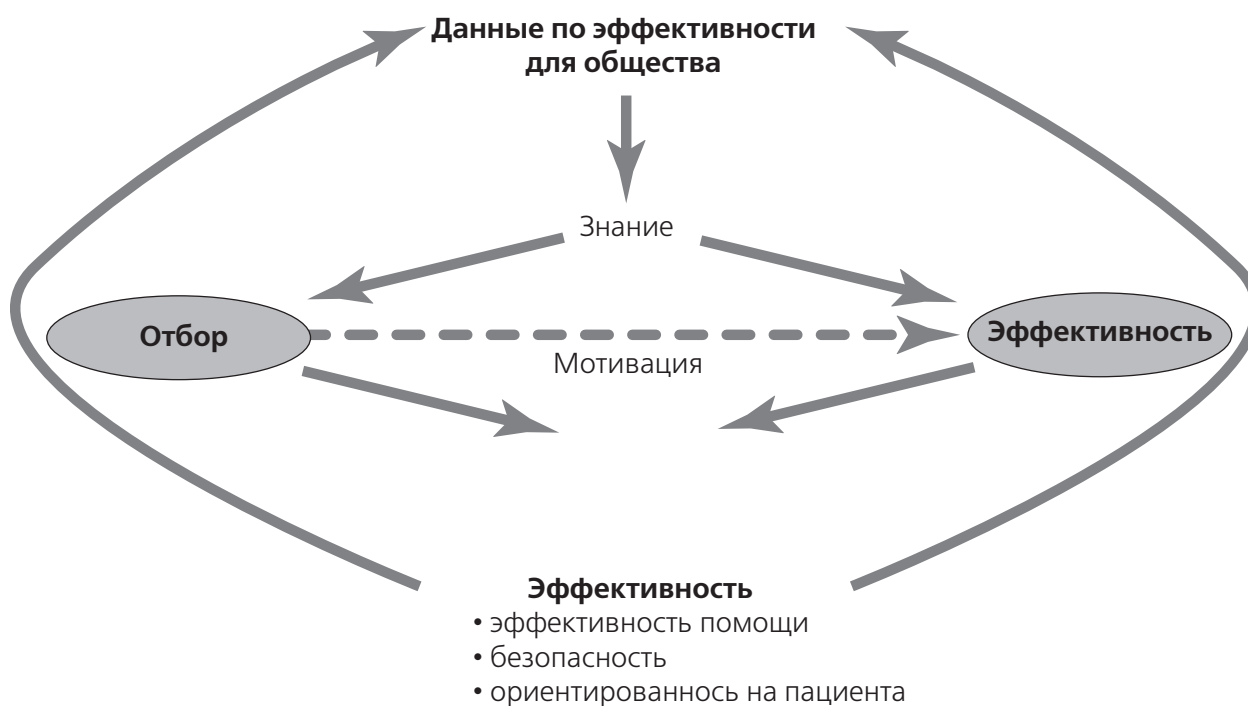


Рисунок 2. Пути повышения эффективности за счёт сообщения данных широкой общественности

Источник: По данным Berwick, James и Coyle (32).

потребительскими адвокатскими группами, СМИ, частными предприятиями.

Существуют убедительные данные о том, что публикация оценки эффективности поставщика медицинских услуг приводит к улучшению его работы (33). Несмотря на то что непосредственной целью опубликования оценки эффективности поставщика часто было облегчить и проинформировать выбор пациента, есть мало доказательств того, что пациенты пользовались отчетными формами напрямую. Однако, учитывая их влияние на репутацию поставщика, отчетные формы имеют право на существование для того, чтобы способствовать улучшению работы поставщиков. Кроме воздействия на деятельность поставщиков, существуют растущие потребности сделать важную информацию об исходах деятельности публичной, и в этом аспекте отчетные формы помогают регулировать и ужесточать ответственность.

С 1992 г. в двух штатах США (Нью-Йорк и Пенсильвания) начались эксперименты по информированию общественности о постоперационной смертности после шунтирования коронарных артерий. Эти данные с коррекцией по риску были преданы огласке как на уровне больницы, так и индивидуально хирургов. Также были сообщены величины доверительных интервалов, связанных с этим вмешательством, а затем был проведен ряд эмпирических анализов по изучению воздействия такого вида использования отчетных форм. Не было сомнений в том, что с такими схемами было связано выраженное улучшение показателя смертности с поправкой на риск в этих штатах (34). Однако существуют споры о том, действительно ли эти результаты повлияли на успешность схем, а также сообщают о ряде нежелательных эффектов (35,36).

- Отчетные формы для хирургии коронарного шунтирования привели к увеличению популярности тех медицинских учреждений в Пенсильвании и Нью-Йорке, которые были более склонны избегать работы с тяжело страдающими пациентами (теми, кому такая операция необходима), а лечили больных в более удовлетворительном состоянии (тех, для которых такое лечение более спорно).
- Это начинание привело к увеличению затрат Medicare на фоне очень незначительного улучшения состояния здоровья.
- Врачи были недовольны отсутствием качественных показателей, кроме показателя

Вставка 6. Национальные индикаторы качества в Норвегии

Предпосылки

Национальные индикаторы качества в специализированных медицинских учреждениях используются в Норвегии с 2003 г. К 2006 г. регистрируются данные по 21 индикатору (11 – для соматической, 10 – для психиатрической службы). Помимо этих индикаторов в систему также включены результаты анкетирования пациентов. Предоставление данных является обязательным, они публикуются на специальном Интернет-сайте – Free Hospital Choice Norway (38), где также представлены другие проекты и информация о времени ожидания различных методов лечения. Сайт содержит сведения как по отдельным лечебным учреждениям, так и средние данные по стране.

Цели

1. Определение исходного уровня качества и создание стимулов для медицинского персонала по повышению качества.
2. Оценка исходного уровня качества для организации.
3. Поддержание приоритета здравоохранения в политических и административных преобразованиях.
4. Обеспечение общества информацией и установление взаимодействий между медицинскими центрами.
5. Обеспечение пользователей информацией, облегчающей принятие решения.

смертности, неадекватной корректировкой по риску и ненадежностью данных.

В Англии все организации Национальной системы здравоохранения заинтересованы в ежегодном рейтинге деятельности – рейтинг отчетных форм присваивает им от нуля до трех звезд на основании более 40 показателей эффективности. Этим рейтингам активно способствует правительство, им уделяют большое внимание СМИ и общественность. Низкая эффективность ставит под угрозу авторитет руководства. Эта инициатива оказывает выраженное влияние на сообщаемые показатели, такие, как время ожидания. Однако она имеет и ряд неожиданных последствий, таких, как потеря интереса к некоторым аспектам клинического качества, о которых не сообщается. В отличие от Англии, в Шотландии опубликован ряд важных данных по клиническим исходам в 90-е гг. без широкой огласки. Многие деятели правительства, врачи и управляющие не были осведомлены об этом начинании, поэтому этим сообщениям было уделено мало внимания. В результате этого показатели очень мало повлияли на поведение и характер работы врачей и медицинских организаций (37). Эти примеры показывают необходимость связи стимулирования (это могут быть финансовые стимулы, поддержание

репутации) со схемой общественного информирования. Норвегия предлагает другой пример открытости информации об эффективности. Во вставке 6 обсуждается использование национальных показателей качества в Норвегии.

Таким образом, публично сообщенная информация оказывала ограниченное воздействие на пациентов и работников системы здравоохранения, возможно, из-за сжатости информации и из-за того, что сообщаемые показатели были ограничены и несопоставимы (39). Тем не менее увеличивается количество данных о том, что медицинские учреждения принимают во внимание эти данные, что в значительной мере влияет на их репутацию, а также данных о том, что публикация информации об эффективности деятельности приводит к повышению эффективности (39,40). Публикация информации об эффективности играет также важную роль в отчетности. Поэтому нет сомнений в том, что возрастающее информирование общественности об исходах лечения — это неизменная тенденция большинства систем здравоохранения. Однако при небрежном выполнении и отслеживании информирование может приводить к нежелательным исходам.

Опыт подтверждает, что следующие положения должны приниматься во внимание при проведении общественного информирования.

- Пристальное внимание следует обращать на цели информирования и тип информации, которой различные участники системы здравоохранения хотят и могут воспользоваться.
- Следует учитывать воздействие, которое может оказать публичное сообщение данных на качество оказываемой помощи. Там, где это необходимо, информирование общественности должно быть интегрировано с другими стратегиями улучшения качества работы (41).
- Для увеличения доверия и полезности доклады для общественного информирования должны создаваться в сотрудничестве с врачами и другими заинтересованными группами лиц (35, 41).
- При сообщении данных необходима тщательная корректировка по риску для проведения правильного сравнения между поставщиками медицинских услуг, а также для гарантии легитимности сравнений, полученных профессионалами (24,41). Детальная информация по применяемым методам корректировки по риску должна быть доступна наравне с сообщаемой информацией для общественного пользования.

Стимулирование

Не вызывает сомнений тот факт, что врачи и другие работники системы здравоохранения в общем отвечают ожиданиям финансового стимулирования (42). Поэтому внедрение оценки эффективности в финансово-стимулирующую систему открывает потенциальные возможности для стратегии здравоохранения. В настоящее время проводится ряд экспериментов, в ходе которых финансовые поощрения привязываются к сообщениям об эффективности.

Исторически система непрямого финансового стимулирования в здравоохранении осуществлялась через систему аккредитации, что позволяло поощрения в форме доступа к рынкам услуг или премирования. В Германии была такая система аккредитации на региональном уровне, при которой специфические показатели качества использовались для аккредитации (43). Аккредитация тем не менее — это очень грубый стимулирующий инструмент. Организаторы здравоохранения в настоящее время работают над тем, чтобы стимулирование стало более направленным и сфокусированным. В частности, в США проводились эксперименты с финансовым стимулированием в различных контекстах, такие как опыты с *поощрительными результатами*, при котором использовались поощрения для улучшения качества работы (44). Однако эти эксперименты были мелкомасштабными, и их результаты сложно оценить с какой-либо долей достоверности.

При разработке схем стимулирования необходимо учитывать множество проблем, включая то, какие аспекты нужно оценивать, как измерить достижения, как установить целевые показатели, использовать стимулирование на индивидуальном или групповом уровне, насколько прочной должна быть взаимосвязь между достижениями и поощрениями, а также сколько денег необходимо для поощрения. Кроме того, оценка таких схем обязательна, но проблематична. В большинстве случаев проведение контролируемых экспериментов недоступно, поскольку часто невозможно определить базовый уровень «ничегонеделанья», с которым необходимо сравнивать исследуемый показатель. Более того, необходимо тщательно отслеживать непредвиденные ответы на поощрение (такие, как «пенкоснимательство» или другие нежелательные поведенческие реакции). Необходимо также следить, чтобы схемы поощрения не подвергали риску надежность оценочных данных, на которых они основываются, а также чтобы эти схемы не влияли на те аспекты деятельности, которые не стимулируются.

Вставка 7. Договоры с врачами общей практики, Соединенное Королевство**Структура**

В апреле 2004 г. в системе здравоохранения Соединенного Королевства начали действовать новые контракты с врачами общей практики. Согласно новому контракту, врачи общей практики стали более привязаны к целевым показателям качества в клинической и организационной деятельности при помощи Программы оценки качества и исходов. Программа обеспечивает поощрение врачей общей практики при достижении целей в отдельных областях, всего определяется около 150 показателей. Каждый индикатор имеет несколько положений, число которых меняется в зависимости от объема и сложности работы, необходимой для успешного достижения этих критериев. Всего можно набрать 1050 баллов, до 20% от дохода врача общей практики зависит от соблюдения данной схемы.

Целевые области

Показатели, за которые происходит начисление, относятся к следующим категориям (некоторые категории пропущены):

- клинические области [76 показателей (упор на медицинские отчеты, диагностику и ведение больных) и 550 баллов]: такие как ишемическая болезнь сердца, инсульт и транзиторная ишемическая атака, артериальная гипертензия, гипертиреоз, сахарный диабет, психическое здоровье, хроническая обструктивная болезнь легких, бронхиальная астма, эпилепсия и рак;
- организационные области (56 индикаторов и 184 балла): такие, как медицинские отчеты и информация о пациентах, общение с пациентами, образование, практический и медицинский менеджмент;
- обучение пациентов (4 индикатора; 50 баллов): такие, как продолжительность приема и консультирование пациентов по другим вопросам;
- дополнительные услуги (10 индикаторов и 36 баллов): такие, как скрининг на рак шейки матки, наблюдение за состоянием здоровья детей, оказание услуг беременным и матерям, оказание услуг по контрацепции.

Корректировки риска не производится. На практике некоторые врачи могут исключать определенных пациентов из схемы оценки эффективности, если требуемое вмешательство не подходит или если пациент не выполняет указаний врача.

Результаты к настоящему времени

- При подготовке к запуску программы в 2004 г. врачи общей практики в Соединенном Королевстве увеличили число медицинских сестер и административный штат, увеличилось число практик, оказывающих помощь при хронических заболеваниях, увеличилось использование электронных историй болезни (46). Кроме этого врачи общей практики увеличили делегирование многих вопросов другим членам клинического коллектива. Например, медицинские сестры стали специализироваться в области оказания помощи при сахарном диабете (47).
- Хотя Программа по качеству и исходам была добровольной, в течение первого года функционирования в нее вошли практически все врачи Соединенного Королевства, при этом в среднем показатель составил 95,5% от максимального числа баллов. А в клинических областях он оказался 96,7% (46). Аналогичные высокие показатели были показаны и на втором и третьем годах работы контракта (48).
- Беседы с врачами общей практики показали, что, по их мнению, программа уделяет основное внимание биомедицинским целям, при этом недостаточно внимания уделено другим важным аспектам медицинской помощи. Другая опасность заключается в снижении стимулов лечить пациента как целостный организм (47).
- Имеются лишь небольшие доказательства того, что проводились манипуляции с данными по распространенности, на которых основана оценка эффективности. При этом, однако, некоторые врачи слишком часто прибегали к исключительной отчетности (49).
- Хотя и имеются некоторые доказательства того, что Программа качества и исходов улучшила оказание медицинской помощи, но быстрое повышение качества в первичной медико-санитарной помощи проходило и без нее, в связи с чем оценить специфический эффект программы сложно, вероятно, что ее влияние было невелико (50, 51).

Источник: По данным Lester и Roland (52).

В Соединенном Королевстве проводились эксперименты с претензионной системой финансового стимулирования врачей общей практики, введенной в 2004 г. В соответствии с этой системой около 20% заработка напрямую зависело от эффективности деятельности, которая определялась по примерно 150 показателям качества (45) (вставка 7). Таким образом, было невозможно отнестись значительные усовершенствования в деятельности врачей общей практики или другие системные достижения к этому смелому (и очень дорогому) эксперименту. Пока существуют схемы стимулирования на основании эффективности,

позволяющие бесконечно совершенствовать систему, существует и выраженная потребность более тщательного изучения этих схем для определения наилучших механизмов реализации их потенциала.

Целевые показатели

Целевые показатели в системе здравоохранения – это специфический тип оценки эффективности и схемы поощрения, а также количественное выражение целей, намеченных на будущее. Целевые показатели пришли в здравоохранение из бизнеса.

Основная идея состоит в том, что цели определяются как целевые показатели, благодаря чему для их достижения будут приложены более эффективные усилия. Целевые показатели должны соответствовать критериям СИТРС: специфичность, измеримость, точность, реалистичность и своевременность (53). При хорошей разработке целевые показатели могут помочь организациям и врачам сконцентрироваться на определенном количестве достижимых целей, что в итоге приводит к совершенствованию системы. Правительства многих стран, включая страны ЕС (особенно Соединенное Королевство), Австралия, Новая Зеландия и США экспериментируют с целевыми показателями в медицине.

Тем не менее данных об успешном использовании целевых показателей немного (54). Эти показатели традиционно интенсивно использовались в общественном здравоохранении, однако сообщений об оценке их применения мало. Пример опыта Англии со стратегией Здоровья Нации 1992 г. типичен. Стратегия была основана на инициативах ВОЗ и установила ряд претенциозных целевых показателей. Однако тщательная независимая оценка в 1998 г. показала, что «влияние ее на уровне политических документов достигло максимума уже в 1993 г., но и к 1997 г. влияние этой стратегии на политические действия на местах было минимальным» (55). Hunter обобщил неудачи стратегии в шести положениях (56).

1. Отсутствие лидерства в национальном правительстве.
2. Стратегией не учитывались существующие социальные и структурные факторы, влияющие на здоровье.
3. Целевые показатели не всегда были правдоподобны и не были сформулированы на местном уровне.
4. Была плохо налажена обратная связь с участниками системы здравоохранения.
5. Стратегия не была устойчивой.
6. Не были установлены партнерские отношения между участниками стратегии.

В последнее десятилетие целевые показатели стали особенно характерны для стратегии здравоохранения Англии. Начиная с 1998 г. Казначейство определило стратегические целевые показатели, названные Соглашением о государственных услугах, для всех подразделений правительства, включая министерство здравоохранения (57). Соглашение о

Вставка 8. Риски, связанные, с увеличением доверия к целевым показателям

- Уменьшается внимание к областям здравоохранения, не попадающим в целевые показатели.
- Руководители здравоохранения и врачи могут уделять основное внимание краткосрочным целям, которые находятся под их непосредственным контролем, за жертвуя долгосрочными и менее контролируруемыми задачами.
- Сложность системы оценки и целей требует выполнения большого объема работ и может изменяться под влиянием профессиональных интересов.
- Слишком агрессивные целевые показатели могут недооценивать реалистичность данных, на которых они основаны.
- Слишком агрессивные целевые показатели могут вызывать нежелательные ответы.
- Целевые показатели способствуют формированию корыстного подхода, но не поощряют альтруистического профессионализма.

Источник: Smith (59).

государственных услугах нацелено в первую очередь на исходы, такие, как уменьшение смертности, сокращение курения и ожирения, а также уменьшение времени ожидания. Министерство здравоохранения использует описанную выше систему рейтинга, основанную на отчетных форм в качестве ключевого инструмента для достижения поставленных целей. В отличие от большинства национальных систем целевых показателей, эта доказала свою исключительную эффективность в достижении некоторых целей системы здравоохранения (58). Этот успех обусловлен следующим.

- Целевые показатели были определенными и краткосрочными, а не долгосрочными и обобщенными.
- Целевые показатели утверждались на местном уровне, а не на национальном.
- Работники были привлечены для разработки и внедрения некоторых целевых показателей. Если это влекло за собой риск затрагивания профессиональных интересов, это также служило осознанию целей.
- Организации получали дополнительное финансирование, информацию и управленческие возможности для решения поставленных задач.
- Достижение целевых показателей было связано с конкретным поощрением.

Тем не менее этот успех не был внедрен в систему общественного здравоохранения, скорее всего

Вставка 9. Шведские реестры качества

Разработка национальных реестров качества в Швеции оказала значительное влияние на повышение эффективности. В настоящее время в Швеции действует около 50 реестров качества, первый из которых датирован 1979 г. Целью национального реестра качества является поддержание качественной медицинской практики посредством сравнения и оценки исходов и информации по качеству в течение времени и между поставщиками услуг. При этом используются различные организационные подходы, но все они ориентированы клинически и обычно поддерживаются группой (обычно расположенной в одной из университетских клиник), которая собирает, оценивает, анализирует и распределяет данные между ее членами. Ежегодно для обсуждения материала может проводиться несколько конференций. Участие клиницистов в работе группы реестра является добровольным, и в большинстве случаев реестры разрабатываются постепенно. После разработки реестра на основании консенсуса медицинских специалистов разрабатываются индикаторы качества и перечень сообщаемых показателей, которые могут уточняться от года к году. Информация об отделениях является анонимной. Тем не менее в большинстве реестров данные об отделениях находятся в открытом доступе. Реестры качества обеспечивают врачей необходимой информацией, которая позволяет сравнить эффективность работы и ускоряет обсуждение по ее улучшению. Все чаще данные из реестров качества также используются при принятии решений.

Источник: Rehnqvist (60).

из-за того, что организаторы здравоохранения считали целевые показатели здравоохранения гораздо более подверженными вмешательствам в систему здравоохранения.

Несмотря на то что целевые показатели способствуют выявлению ключевых задач и могут быть очень успешными при правильном дизайне и применении, существует большой риск, связанный с их использованием (59). Вставка 8 показывает некоторые из рисков, связанных с чрезмерным доверием к целевым показателям. Из этого опыта можно заключить, что пока целевые показатели эффективности дают некоторый простор для фокусирования внимания системы на специфических областях деятельности, маловероятно, что они приведут к повышению эффективности, если не применять параллельно другие методы для ее повышения, такие, как более полная инспекция и регулирование.

Профессиональное совершенствование

Большинство способов применения оценки эффективности, описанных выше, было связано с обеспечением внешней оценки и изучения системы здравоохранения как механизма для совершенствования деятельности. Кроме этого, оценка эффективности может быть использована

для обеспечения обратной связи со специалистами в отношении их деятельности и того, как она соотносится с деятельностью их коллег. Базы данных, служащие для этих целей, существуют во многих странах. Например, в Швеции они существуют в форме журналов качества, где собрана с добровольного согласия поставщиков медицинских услуг индивидуальная информация о характеристиках пациентов, их диагнозах, лечении, мнениях и исходах. Назначение таких журналов качества состоит в содействии улучшению качества оказания медицинской помощи посредством длительного изучения и развития (60) (вставка 9). Несомненно, существуют убедительные доказательства того, что оценка эффективности должна стать неотъемлемой частью работы врача в течение всей жизни. Это подтверждает необходимость понимания принципов оценки эффективности уже на ранних стадиях клинического образования.

Широко обсуждается вопрос о том, должна ли информация об оценке эффективности быть анонимной или становиться достоянием общественности. Существуют доказательства того, что такие схемы оценки эффективности для того, чтобы они работали, должны разрабатываться и осваиваться профессионалами, которые ими пользуются (61). Утверждают, что наиболее конструктивные системы те, которые поощряют позитивное и кооперативное поведение врачей и исключают общественное противодействие их коммерческому и профессиональному становлению. Индикаторы, используемые для профессионального усовершенствования должны:

- отражать значимые аспекты клинической работы, подкрепленные научными данными;
- гарантировать коррекцию по риску показателей;
- позволять исключить отдельных пациентов, отказывающихся от лечения;
- содействовать интерпретируемости;
- предоставлять услуги под контролем поставщика;
- гарантировать высокую точность;
- минимизировать стоимость и накладные расходы.

Кроме оценки исходов лечения важно оценить неправильное лечение (превышенное или недостаточное лечение).

Таким образом, требования к успешной системе профессионального совершенствования с использованием оценки эффективности могут прийти в противоречие с требованиями информационных систем, разработанных для обеспечения ответственности и выбора пациентов. Нельзя утверждать, что эти противоречия не могут быть разрешены. Опыт Швеции и других стран, таких, как Дания и Нидерланды, подтверждает, что общественные и профессиональные потребности могут примириться. Например, некоторые журналы качества публикуют исходы деятельности отдельных врачей (62). В любом случае пациенты при необходимости могут получить доступ к требуемой информации. Проблемной для врачей является гарантия того, что такая практика даст хорошие результаты, а не приведет к необходимости защищаться. Решение этой проблемы состоит в тщательном развитии допустимых, статистических, скорректированных по риску схем, а также в правильном представлении статистических данных таким образом, чтобы общество и СМИ были готовы воспринимать и интерпретировать информацию, доступную для них.

Резюме и выводы

Конечная цель любого средства оценки эффективности – способствовать достижению целей системы здравоохранения. Поэтому его эффективность должна оцениваться не в отношении статистических свойств, таких, как точность и достоверность, а более широко в отношении степени, в которой оно способствует или препятствует достижению поставленных целей. Одной эффективной оценки деятельности недостаточно для эффективного управления деятельностью. Функции анализа и интерпретации оценочных данных также имеют ключевое значение. Кроме того, оценка эффективности – это только один (хоть и очень важный) инструмент обеспечения безопасности реформирования здравоохранения. Для максимизации его эффекта оценку эффективности должны сопровождать другие аспекты развития системы, такие, как финансирование, рыночная структура, отчетность и регулирование. Наконец, огромное внимание следует уделять политическому контексту, в котором применяется какая-либо из схем оценки эффективности. Без пристального внимания к этим условиям развития системы здравоохранения даже наилучшая система оценки эффективности будет бесполезна.

Правительство играет ключевую роль в раскрытии полного потенциала оценки эффективности для реформирования системы здравоохранения.

Доклад ВОЗ о состоянии здравоохранения 2000 г. (7) определил ведущую роль, как «определение видения и направления стратегии здравоохранения посредством влияния через регулирование и защиту, а также сбор и использование информации». Этот документ разъясняет, как оценка эффективности может способствовать правительству в реализации этих функций. Он подтверждает, что оценка эффективности дает системе здравоохранения большие возможности для адекватного управления с точным представлением информации. Направляющая роль оценки эффективности состоит в улучшении решений, принимаемых участниками системы здравоохранения.

Оценка эффективности может помочь правительству в формулировании и оценке стратегии, а также в регулировании работы системы. Ведущая функция правительства, однако, заключается в гарантировании доступности необходимой информации, надлежащего функционирования и сопутствующего развития системы здравоохранения. Оценка эффективности – общественный продукт, который не может возникнуть сам по себе. Поэтому правительства играют ведущую роль в гарантировании извлечения максимальной пользы из оценки эффективности. Применение такой оценки требует непрерывного профессионального лидерства на самом высоком уровне, а также наличия доступной необходимой аналитической мощности системы здравоохранения.

Некоторые из основных задач правительства в сфере оценки эффективности резюмированы во вставке 10.

При возрастающей потребности в оценке эффективности, большом количестве участников системы и задач, очень важно, чтобы руководители здравоохранения учитывали факторы, обеспечивающие эффективность показателей деятельности в системе совершенствования деятельности и отчетности. Хотя нет исчерпывающего ответа на этот вопрос, опыт подтверждает, что любое стратегическое развитие должно использовать следующее.

1. Необходимо разработать четкую концептуальную структуру и ясное понимание целей системы оценки эффективности; при этом данная система должна соотноситься с уже имеющимися в здравоохранении взаимоотношениями.
2. Показатели эффективности должны оценивать эффективность, которая непосредственно

Вставка 10. Управление ответственностью, связанной с оценкой эффективности

Управление ответственностью, связанной с оценкой эффективности, может быть кратко представлено следующими положениями. Ни одна из этих функций не может выполняться непосредственно правительством, однако необходима уверенность в их эффективной работе.

1. Разработка четкой концептуальной схемы и ясного понимания цели функционирования системы оценки эффективности:

- регулирование отчетных отношений;
- регулирование других механизмов системы здравоохранения, таких, как финансирование, рыночная структура и информационные технологии.

2. Организация механизмов сбора данных:

- детальное описание отдельных индикаторов;
- регулирование взаимоотношений с ведущими мировой практикой.

3. Информационное управление:

- аудит данных и контроль качества;
- обеспечение доступа общественности к информации;
- обеспечение общественного обсуждения.

4. Разработка аналитических подходов и устройств, позволяющих анализировать данные:

- обеспечение качественного и эффективного анализа данных;
- обеспечение понимания анализа руководителями на местах;
- проведение исследования по коррекции риска и механизмам обратной связи.

5. Разработка методов группировки и представления данных:

- обеспечение сходного влияния информации на все группы;
- поддержание представления сравнительной информации общественности;
- обеспечение сравнимости о соответствия данных.

6. Организация мероприятий по оценке эффективности:

- отслеживание влияния информации по эффективности на поведение;
- действия по усилению благоприятных исходов и опровержение отрицательных последствий.

7. Правильная оценка инструментов определения эффективности:

- обеспечение эффективности расходования средств на информационные источники.

8. Регулирование политического процесса:

- разработка и мониторинг политических мероприятий;
- поддержка дебатов по вопросам здравоохранения;
- обеспечение отсутствия влияния отдельных групп лиц на данные по информационным системам эффективности.

связана с определенной организацией или действующим лицом, а не с обстоятельствами (такими, как характеристики пациента и социально-экономические условия).

3. Определения индикаторов эффективности должны быть однозначными и понятными, они должны соответствовать выбранной концептуальной схеме.
4. Индикаторы должны быть направлены на оценку предположений, которые связаны с действиями конкретных лиц, и не должны касаться лишь тех вопросов, которые легко оценить и измерить.
5. Индикаторы должны быть способными подвергаться статистической обработке, чтобы можно было представить их в наглядной форме. Это существенно снижает опасность неправильной интерпретации или манипуляции с данными.
6. Индикаторы должны учитывать все имеющиеся ограничения по получению данных, в том числе неуверенность в данных и несвоевременность их получения. Необходимо просчитать возможные ошибки.
7. Следует уделять большое внимание представлению данных по эффективности и тому, как эти

данные интерпретируются пациентами, врачами и организациями здравоохранения.

8. Следует уделять внимание повышению информированности врачей, улучшению их возможностей по использованию данных показателей. Использование данных по эффективности должно стать частью обучения врача и его профессиональной деятельности.
9. Действия, влияющие на оценку качества, должны тщательно планироваться. Необходимо внимательно отслеживать влияние информации по эффективности на поведение, все мероприятия должны быть направлены на улучшение благоприятных исходов и минимизирование неблагоприятных последствий.
10. Руководители должны уделять особое внимание системе здравоохранения. Меры по оценке эффективности должны соотноситься с работой других механизмов, таких, как финансовые и рыночные структуры. Также необходимо принимать во внимание организацию системы, в которой собираются и распространяются данные.
11. Системы оценки эффективности нуждаются в частом мониторинге и оценке для обнаружения возможностей совершенствования и ранее неучтенных побочных эффектов.

12. Необходима тщательная организация политических вопросов оценки эффективности. В том числе это относится к обеспечению того, чтобы интересы отдельных групп лиц не оказывали влияния на эффективность работы системы здравоохранения, а также на общественные дебаты по основным вопросам.

Системы здравоохранения в настоящее время все еще находятся на ранних стадиях оценки эффективности, и необходимо направить основные усилия на улучшение эффективности работы этих систем. Определение качества, однако, дает

широкие возможности по улучшению систем здравоохранения. Совершенствование технологий в будущем приведет к большему потенциалу роста, который будет усилен и за счет общественного интереса к этой информации. Существуют вполне определенные стратегические требования к тщательной оценке роли определения качества в системе здравоохранения. Необходимы действия по внедрению мер с доказанной эффективностью, выполнению тщательных исследований менее понятных механизмов и мониторингу и обновлению систем оценки качества по мере накопления новых данных.

Библиография

1. Loeb JM. The current state of performance measurement in health care. *International Journal for Quality in Health Care*, 2004, 16(Suppl. 1):i5–i9.
2. McIntyre D, Rogers L, Heiei EJ. Overview, history, and objectives of performance measurement. *Health Care Financing Review*, 2001, 22:7–43.
3. Spiegelhalter DJ. Surgical audit: statistical lessons from Nightingale and Codman. *Journal of the Royal Statistical Society*, 1999, 162(1):45–58.
4. Power M. *The audit society: rituals of verification*, 2nd ed. Oxford, Oxford University Press, 1999.
5. Smith PC. Performance measurement in health care: history, challenges and prospects. *Public Money & Management*, 2005, 25(4):213–220.
6. Smith PC et al., eds. *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. Cambridge, Cambridge University Press (in press).
7. *The world health report 2000: health systems: improving performance*. Geneva, World Health Organization, 2000 (<http://www.who.int/entity/whr/2000/en/index.html>, accessed 13 May 2008).
8. Holland W. *European Community atlas of 'avoidable death'*. Oxford, Oxford University Press, 1988.
9. Nolte E, McKee M. *Does healthcare save lives? Avoidable mortality revisited*. London, The Nuffield Trust, 2004.
10. Fitzpatrick R. Individual health outcomes from health care interventions. In: Smith PC et al., eds. *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. Cambridge, Cambridge University Press (in press).
11. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1966, 44(3):166–206.
12. Naylor DC, Iron K, Handa K. Measuring health system performance: problems and opportunities in the era of assessment and accountability. In: Smith PC, ed. *Measuring up: improving health system performance in OECD countries*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2002:13–34.
13. Davies H. *Measuring and reporting the quality of health care: issues and evidence from the international research literature*. Edinburgh, NHS Quality Improvement Scotland, 2005 (<http://www.nhshealthquality.org/nhsqis/files/Davies%20Paper.pdf>, accessed 13 May 2008).
14. Mant J. Process versus outcome indicators in the assessment of quality of health care. *International Journal for Quality in Health Care*, 2001, 13(6):475–480.
15. Valentine N et al. Responsiveness. In: Smith PC et al., eds. *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. Cambridge, Cambridge University Press (in press).
16. Wagstaff A. Financial protection. In: Smith PC et al., eds. *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. Cambridge, Cambridge University Press (in press).
17. Street A, Hakkinen U. Health system. In: Smith PC et al., eds. *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. Cambridge, Cambridge University Press (in press).
18. Linna M. *Benchmarking hospital productivity*. Berlin, Bertelsmann Foundation Health Policy Monitor, 2006 (http://www.hpm.org/en/Surveys/STAKES/07/Benchmarking_hospital_productivity.html, accessed 13 May, 2008).
19. *Sairaaloitten tuottavuuden kehitys 2001–2005 [The development of hospitals' profitability, 2001–2005]*. Helsinki, Finnish National Research and Development Center for Welfare and Health, 2007 (Tilastotiedote Statistikmeddelande 5/2007; http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2007/Tt05_07.pdf, accessed 13 May 2008) (in Finnish).
20. *Health Care Quality Indicators Project [web site]*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (http://www.oecd.org/document/34/0,3343,en_2649_201185_37088930_1_1_1_1,00.html, accessed 13 May 2008).
21. Campbell SM et al. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *Quality and Safety in Health Care*, 2002, 11:358–364.
22. Hauck K, Rice N, Smith P. The influence of health care organisations on health system performance.

- Journal of Health Services Research and Policy, 2003, 8(2):68–74.
23. Terris DD, Aron DC. Attribution and causality in health care performance measurement. In: Smith PC et al., eds. Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects. Cambridge, Cambridge University Press (in press).
24. Iezzoni, L. Risk adjustment for performance measurement. In: Smith PC et al., eds. Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects. Cambridge, Cambridge University Press (in press).
25. Grigg O, Spiegelhalter D. Clinical surveillance and patient safety. In: Smith PC et al., eds. Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects. Cambridge, Cambridge University Press (in press).
26. Goddard M, Jacobs R. Using composite indicators to measure performance in health care. In: Smith PC et al., eds. Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects. Cambridge, Cambridge University Press (in press).
27. Smith PC. Developing composite indicators for assessing health system efficiency. In: Smith PC, ed. Measuring up: improving the performance of health systems in OECD countries. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2002:295–316.
28. Smith PC. The use of performance indicators in the public sector. Journal of the Royal Statistical Society, 1990, 153(1):53–72.
29. Wolfson M, Alvarez R. Towards integrated and coherent health information systems for performance monitoring: the Canadian experience. In: Smith PC, ed. Measuring up: improving health system performance in OECD countries. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2002:133–155.
30. Nationella kvalitetsindikatorer inom hälso- och sjukvården [National Quality Indicators in the health care system]. Stockholm, National Board of Health and Welfare, 2006 (<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/28769591-A924-4AD9-ADD8-352B79875D51/5783/200610713.pdf>, accessed 13 May 2008) (in Swedish).
31. Sequist T, Bates D. Information technology and performance measurement. In: Smith PC et al., eds. Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects. Cambridge, Cambridge University Press (in press).
32. Berwick DM, James B, Coye MJ. Connections between quality measurement and improvement. Medical Care, 2003, 41(Suppl. 1):I30–I38.
33. Hibbard JH, Stockard J, Tusler M. Hospital performance reports: impact on quality, market share, and reputation. Health Affairs, 2005, 24(4):1150–1160.
34. Shekelle PG. Public reporting of quality information. In: Smith PC et al., eds. Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects. Cambridge, Cambridge University Press (in press).
35. Schneider EC, Epstein AM. Influence of cardiac-surgery performance reports on referral practices and access to care. New England Journal of Medicine, 1996, 335(4):251–256.
36. Dranove D et al. Is more information better? The effects of “report cards” on health care providers. Journal of Political Economy, 2003, 111(3):555–588.
37. Mannion R, Goddard M. Impact of published clinical outcomes data: case study in NHS hospital trusts. British Medical Journal, 2001, 323:260–263.
38. Fritt Sykehusvalg Norge [Free Hospital Choice Norway] [web site]. Oslo, Sosial- og Helsdirektoratet (<http://www.frittSykehusvalg.no>, accessed 13 May 2008).
39. Marshall MN et al. Public reporting on quality in the United States and the United Kingdom. Health Affairs, 2003, 22(3):134–148.
40. Marshall MN et al. The public release of performance data: what do we expect to gain? A review of the evidence. Journal of the American Medical Association, 2000, 283(14):1866–1874.
41. Marshall MN et al. Public disclosure of performance data: learning from the US experience. Quality in Health Care, 2000, 9:53–57.
42. Dudley RA. Pay-for-performance research: how to learn what clinicians and policy makers need to know. Journal of the American Medical Association, 2005, 294(14):1821–1823.
43. Der Gemeinsame Bundesausschuss [web site]. Siegburg, Gemeinsamer Bundesausschuss (<http://www.g-ba.de/>, accessed 13 May 2008).

-
44. Ensuring quality providers: a purchaser's toolkit for using incentives. Washington, National Health Care Purchasing Institute, 2002.
45. Smith PC, York N. Quality incentives: the case of U.K. general practitioners. *Health Affairs*, 2004, 22(3):112–118.
46. Doran T et al. Pay-for-performance programs in family practices in the United Kingdom. *New England Journal of Medicine*, 2006, 355(4):375–384.
47. Roland MO et al. Financial incentives to improve the quality of primary care in the UK: predicting the consequences of change. *Primary Health Care Research and Development*, 2006, 7(1):18–26.
48. Burr T. NHS pay modernisation: new contracts for general practice services in England. London, National Audit Office, 2008 (http://www.nao.org.uk/publications/nao_reports/07-08/0708307.pdf, accessed 13 May 2008).
49. Gravelle H, Sutton M, Ma A. Doctor behaviour under a pay for performance contract: evidence from the Quality and Outcomes Framework. York, Centre for Health Economics, University of York, 2007 (CHE Research Paper 28; <http://www.york.ac.uk/inst/che/pdf/rp28.pdf>, accessed 13 May 2008).
50. Campbell S et al. Quality of primary care in England with the introduction of pay for performance. *New England Journal of Medicine*, 2007, 357(2):181–190.
51. Hippisley-Cox J, Vinogradova Y, Coupland C. Time series analysis for selected clinical indicators from the Quality and Outcomes Framework 2001–2006. Leeds, The Information Centre for Health and Social Care, 2007.
52. Lester H, Roland M. Performance measurement in primary care. In: Smith PC et al., eds. *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. Cambridge, Cambridge University Press (in press).
53. van Herten LM, Gunning-Schepers LJ. Targets as a tool in health policy. Part 1: lessons learned. *Health Policy*, 2000, 53(1):1–11.
54. Wismar M et al., eds. *Good governance for implementing health targets*. Maidenhead, Open University Press (in press).
55. *Health of the nation – A policy assessed*. London, Department of Health, 1998.
56. Hunter D. England. In: Marinker M, ed. *Health targets in Europe: polity, progress and promise*. London, BMJ Books, 2002:148–164.
57. Smith PC. Performance budgeting in England: public service agreements. In: Robinson M, ed. *Performance budgeting: linking funding and results*. Houndmills, Palgrave MacMillan Ltd, 2007:211–233.
58. Bevan G, Hood C. Have targets improved performance in the English NHS? *British Medical Journal*, 2006, 332:419–422.
59. Smith PC. Targets in the English health system. In: Wismar M et al., eds. *Good governance for implementing health targets*. Maidenhead, Open University Press (in press).
60. Rehnqvist N. Improving accountability in a decentralized system: a Swedish perspective. In: Smith PC, ed. *Measuring up: improving the performance of health systems in OECD countries*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2002:87–96.
61. Rowan K, Black N. A bottom-up approach to performance indicators through clinician networks. *Health Care UK*, 2000, Spring:42–46.
62. Den Danske Kvalitetsmodels organisation [The Danish Quality Model Organization] [web site]. Århus, Danish Institute for Quality and Accreditation in Healthcare, 2007 (<http://www.kvalitetsinstitut.dk/sw179.asp>, accessed 13 May 2008) (in Danish).
-

Всемирная организация здравоохранения

Европейское региональное бюро

Scherfigsvej 8,

DK-2100 Copenhagen Ø,

Denmark

Тел.: +45 39 17 17 17

Факс: +45 39 17 18 18

Электронный адрес: postmaster@euro.who.int

Интернет-сайт: www.euro.who.int

Данный обзор является одним из трех справочных документов, подготовленных для Европейской министерской конференции ВОЗ «Системы здравоохранения – здоровье – благосостояние», которая пройдет 25–27 июня 2008 г. в Таллинне, Эстония. В совокупности материалы этих документов показывают, что:

- плохое здоровье приносит значительные экономические убытки и отрицательно сказывается на благосостоянии общества;
- эффективная деятельность систем здравоохранения может способствовать укреплению здоровья, росту благосостояния и увеличению общественного богатства;
- есть способы повысить эффективность работы здравоохранения.

Это – основные темы конференции. Справочные материалы освещают важнейшие результаты исследований и выводы из них и очерчивают проблемы, стоящие перед политиками. Они поддерживают позицию конференции: экономически эффективное и обоснованное вложение средств в здравоохранение приносит отдачу и может укрепить здоровье населения, увеличить общественное богатство и благосостояние в самом широком смысле слова.

В совокупности указанные справочные материалы обеспечивают теоретическое обоснование, на которое опираются цели, аргументация и принципы конференции. В первом документе приведены справочные данные по экономическим издержкам плохого здоровья, в основе которых лежат две работы, посвященные инвестициям в здоровье в странах Восточной и Западной Европы. Второй и третий документы представляют собой краткие обзоры двух полных изданий конференции, подготовка которых координируется Европейской обсерваторией по системам и политике здравоохранения. В этих работах, посвященных системам здравоохранения, связи между здоровьем и благосостоянием и эффективности здравоохранения, принимал участие ряд ведущих экспертов; они будут представлены участникам конференции в черновом виде для комментариев. Затем они будут переработаны с учетом этих комментариев и опубликованы в конце 2008 г.

Справочный документ №2 — Оценка эффективности реформирования системы здравоохранения: опыт, проблемы и перспективы.

В обзоре оценка эффективности рассматривается как ключевой инструмент для политических деятелей по улучшению систем здравоохранения в Европе. Освещаются различные элементы, которые необходимы для сравнительной оценки эффективности систем здравоохранения. Детально описано использование оценки качества в практической деятельности и отражена роль государственного управления в обеспечении безопасного повышения эффективности. Представлены существующие в настоящее время доказательства и приведены примеры эмпирического применения оценки эффективности, демонстрирующие, что при государственном инвестировании в здоровье эффективность использования ресурсов существенно возрастает.



Европейская министерская конференция
ВОЗ по системам здравоохранения:
**„СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ-
ЗДОРОВЬЕ - БЛАГОСОСТОЯНИЕ“**
Таллинн, Эстония, 25–27 июня 2008 г.



ЕВРОПА