



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ОЦЕНКИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

МНОГОЛЕТНИЙ ПРОЦЕСС В ЕВРОПЕЙСКОМ РЕГИОНЕ





Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ОЦЕНКИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

МНОГОЛЕТНИЙ ПРОЦЕСС В
ЕВРОПЕЙСКОМ РЕГИОНЕ

РЕЗЮМЕ:

Оценка деятельности системы здравоохранения (ОДСЗ) – это учитывающий особенности страны процесс оценки выполнения задач системы здравоохранения высокого уровня, основанных на стратегиях системы здравоохранения, и информирования об их выполнении. Оценке подвергается вся система здравоохранения целиком. Растущий интерес к ОДСЗ как к инструменту стратегического руководства системой здравоохранения отражается в росте числа все более разнообразных примеров опыта стран Европейского региона в этой сфере. В отчете приведены примеры Англии, Армении, Бельгии, Кыргызстана, Португалии, Турции и Эстонии. Существует целый ряд подходов к ОДСЗ, поэтому опыт этих стран может оказаться полезным в самых разнообразных условиях.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

OUTCOME AND PROCESS ASSESSMENT (HEALTH CARE)
PROGRAM DEVELOPMENT
HEALTH SYSTEMS PLANS – organization and administration
PROGRAM EVALUATION
EUROPE

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

Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-21000 Copenhagen, Denmark

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

© Всемирная организация здравоохранения, 2012 г.

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 полное согласие пока не достигнуто.

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 явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах 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

Выражение благодарности	v
Введение и резюме	1
ОДСЗ в Англии	
Поиск «золотой нити», которая связала бы деятельность на местном уровне с общенациональными целями управления и целевыми показателями НСЗ.....	9
ОДСЗ в Армении	
Во главе процесса упорядочения ОДСЗ.....	19
ОДСЗ в Бельгии	
Развитие процесса с участием учреждений и органов здравоохранения на общенациональном и региональном уровне.....	27
ОДСЗ в Кыргызстане	
Исследования и оценки возможностей политики и направлений развития системы, дополняющие регулярный мониторинг системы здравоохранения	36
ОДСЗ в Португалии	
ОДСЗ как элемент, дополняющий национальную политику здравоохранения	46
ОДСЗ в Турции	
Решение задач благодаря отличной организации участия заинтересованных сторон из сектора здравоохранения и из других секторов	52
ОДСЗ в Эстонии	
Укрепление синергетической связи между ОДСЗ и мониторингом Национального плана здравоохранения	60
Выводы	70
Библиография	73
Приложения	76

РИСУНКИ И ТАБЛИЦЫ

Рисунок 1.	Три уровня показателей Vital Signs.....	14
Рисунок 2.	Аспекты деятельности системы здравоохранения Армении	22
Рисунок 3.	Система оценки деятельности системы здравоохранения Бельгии.....	30
Рисунок 4.	Основные этапы процесса ОДСЗ в Бельгии.....	31
Рисунок 5.	Основные элементы мониторинга и оценки системы здравоохранения Кыргызстана.....	37
Рисунок 6.	Модель мониторинга и оценки системы здравоохранения и программ здравоохранения в Кыргызстане; улучшение состояния здоровья	40
Рисунок 7.	Структура оценки деятельности системы здравоохранения Португалии	48
Рисунок 8.	Карта стратегий ОДСЗ Турции.....	56
Рисунок 9.	Структура для оценки деятельности системы здравоохранения Эстонии	66
Таблица 1.	Обзор заявленных целей, контекста политики, аспектов деятельности и показателей.....	5
Таблица 2.	Обзор спонсоров, членов рабочих групп, консультативных групп и экспертов....	7
Таблица 3.	Обзор сроков проведения ОДСЗ и занятых в ней кадровых ресурсов	8
Таблица 4.	Целевые показатели и мониторинг деятельности на трех уровнях системы Vital Signs	15
Таблица 5.	Основные приоритеты повышения эффективности деятельности.....	24
Таблица 6.	Примеры показателей из набора основных показателей 2009 г. на уровне полезного эффекта, продуктов и конечных итогов программы	41
Таблица 7.	Сравнение ОДСЗ и НПЗ	63
Таблица 8.	Описание показателей деятельности для ОДСЗ в Эстонии	67

ВЫРАЖЕНИЕ БЛАГОДАРНОСТИ

Европейское региональное бюро ВОЗ благодарит экспертов-представителей стран за согласие дать интервью, предоставить дополнительную информацию и прокомментировать предыдущие версии отчета. Также Региональное бюро выражает благодарность делегатам от государств-членов и экспертам международных организаций за плодотворное участие в консультационном совещании по рассмотрению этого документа, которое состоялось в Копенгагене в мае 2011 г. (см. Приложение 2). Европейское региональное бюро ВОЗ выражает особую благодарность Елизавете Даниелян, ушедшей из жизни в 2011 г., за ее преданность работе и бесценный вклад не только в этот проект, но и в работу международного здравоохранения в целом.

В команду проекта входили консультант по вопросам политики здравоохранения Elke Jakubowski, Кафедра эпидемиологии, социальной медицины и исследований систем здравоохранения Ганноверской высшей медицинской школы (автор), технический сотрудник ВОЗ Ann-Luise Guisset (соавтор и руководитель проекта), технический сотрудник ВОЗ Martin Kraye von Krauss (руководитель проекта) и Hans Kluge (директор Отдела систем здравоохранения и охраны общественного здоровья Европейского регионального бюро ВОЗ).

Свой финансовый вклад в подготовку этого отчета внесли Министерство здравоохранения Англии и Министерство здравоохранения, социального обеспечения и спорта Нидерландов.

СВОЙ ВКЛАД В ПРОЕКТ ВНЕСЛИ СЛЕДУЮЩИЕ ЛЮДИ:

Англия

Gwyn Bevan	Лондонская школа экономики и политологии
Jeremy Burden	Уполномоченный по вопросам услуг здравоохранения в Восточном Лондоне, Стратегическое управление здравоохранения Восточного Лондона, и Референтная группа по информации об эффективности деятельности
Chris Garret	Отдел повышения эффективности деятельности, Министерство здравоохранения
John Henderson	Отдел охраны здоровья и международной медико-санитарной помощи, Министерство здравоохранения
Martin Hensher	Аналитический отдел по клиническому качеству и рационализации, Министерство здравоохранения (бывший заместитель директора_
Aiden Smith	Отдел финансирования, эффективности деятельности и функционирования НСЗ, Министерство здравоохранения

Nicola Watt

Группа по глобальному здравоохранению, Министерство здравоохранения (бывший сотрудник)

Армения

Диана Андреасян

Информационно-аналитический центр здравоохранения

Елизавета Даниелян

Страновой офис ВОЗ

Владимир Давидянц

Информационно-аналитический центр здравоохранения

Сюзанна Айрапетян

Программа перестройки здравоохранения

Бельгия

Lien Braeckeveldt

Управление медико-санитарной помощи и здравоохранения
Фламандии

Jo De Cock

Национальный институт страхования

Dirk Cuypers

Федеральная служба общественного здравоохранения, безопасности
продовольственной цепи и охраны окружающей среды (SFP)

Murielle Deguery

Социально-медицинская обсерватория региона Брюсселя

Christian Léonard

Центр информации здравоохранения

Pascal Meeus

Национальный институт страхования

Ri De Ridder

Национальный институт страхования

Herman Van Oyen

Институт общественного здравоохранения

Véronique Tellier

Региональная обсерватория здравоохранения Валлонии

Joan Vlayen

Центр информации здравоохранения

Machteld Wauters

Управление медико-санитарной помощи и здравоохранения
Фламандии

Кыргызстан

Нургуль Аднаева

Отдел стратегического планирования и реформирования, Министер-
ство здравоохранения Кыргызстана

Бактыгуль Акказиева

Центр анализа политики здравоохранения

Айнура Ибраимова

Министерство здравоохранения (бывшая заместитель министра) и

Фонд обязательного медицинского страхования

Melitta Jakab

Всемирная организация здравоохранения

Joe Kutzin

Всемирная организация здравоохранения

Португалия

Paulo Ferrinho
Paulo Nicola
Jorge Simoes
Jeremy Veillard

Национальный институт тропической медицины
Министерство здравоохранения
Управление регулирования здравоохранения Португалии
Канадский институт информации здравоохранения (до этого – региональный советник ВОЗ, отвечающий за оценку НПЗ и ОДСЗ в Португалии)

Турция

Ceren Akbiyik
Sarbani Chakraborty

Ayşegül Gençoğlu
Hasan Gökhan Öncül
Rekha Menon

Salih Mollahaliloğlu
Maria Cristina Profili
Safir Sumer

Школа общественного здравоохранения (TUSAK)
Отдел развития человеческого потенциала региона Европы и Центральной Азии, Всемирный банк
Школа общественного здравоохранения (TUSAK)
Школа общественного здравоохранения (TUSAK)
Отдел развития человеческого потенциала региона Европы и Центральной Азии, Всемирный банк
Школа общественного здравоохранения (TUSAK)
Страновой офис Всемирной организации здравоохранения
Консультант Всемирного банка

Эстония

Hannes Danilov
Jarno Habicht
Maris Jesse
Taavi Lai
Liis Rooväli

Эстонский фонд медицинского страхования
Страновой офис Всемирной организации здравоохранения
Национальный институт развития здравоохранения
Министерство здравоохранения и социальных дел
Информационно-аналитический отдел, Министерство социальных дел

ВВЕДЕНИЕ И РЕЗЮМЕ

Обзор ситуации: что такое ОДСЗ и каковы ее возможности

В последние годы органы здравоохранения Европейского региона ВОЗ стали проявлять все больший интерес к оценке деятельности системы здравоохранения (ОДСЗ) как к одному из инструментов стратегического руководства. ОДСЗ используется для формирования единого видения будущих приоритетов для укрепления систем здравоохранения, создания платформы для диалога между различными программами и секторами и понимания того, как совместные действия могут положительно воздействовать на результаты для здоровья. Более того, ОДСЗ позволяет официальным лицам, вырабатывающим политику, и политическим деятелям, которые стремятся достичь лучших и более справедливых результатов для здоровья, а также осуществить другие цели системы здравоохранения, такие как производительность, финансовая защищенность и отзывчивость, обеспечивать подотчетность и ответственность за свои решения.

ОДСЗ – это учитывающий особенности страны процесс мониторинга, оценки эффективности, сообщения и анализа выполнения стратегических задач системы здравоохранения высокого уровня, поставленных в соответствующих программах. Полноценная ОДСЗ опирается на несколько количественных показателей (которые еще называются показателями деятельности), и использует аналитические инструменты. Метод предусматривает оценку всей системы здравоохранения, и в этом отношении ОДСЗ отличается от программного мониторинга и оценки или институциональных схем управления эффективностью деятельности, направленных на поставщиков услуг.

Рост интереса к ОДСЗ как к инструменту стратегического руководства системой демонстрируется растущим числом примеров применения этого метода в регионе. В сборе, толковании и использовании полученной информации для выработки политики были достигнуты немалые успехи, однако различные методологии применения ОДСЗ и использования данных ОДСЗ для повышения прозрачности, управления деятельностью и обоснования решений в области политики вызывают немало вопросов (1). Например, какова оптимальная частота проведения мониторинга и отчетности в отношении деятельности систем здравоохранения? Кто должен отвечать за проведение ОДСЗ – министерство здравоохранения или независимая организация? Как можно установить синергетическую связь между ОДСЗ и другими инструментами стратегического руководства, такими как национальные планы и стратегии здравоохранения? Как ОДСЗ может применяться на уровне регионов страны?

Методы

В данном документе в алфавитном порядке представлены результаты практического применения инструмента в странах. Эти семь стран были выбраны на основании таких практических соображений, как тесные рабочие взаимоотношения между экспертами по ОДСЗ в Европейском региональном бюро ВОЗ и группой по проведению ОДСЗ, и уровень интереса к участию в

исследовании. Также выбор стран преследовал цель представить разнообразный опыт в различных условиях и частях региона. В будущем авторы планируют расширить перечень практических примеров, добавив в него еще несколько стран, которые систематически проводили ОДСЗ.

Приведенные в отчете семь примеров стран были подготовлены в период с октября 2010 г. по август 2011 г. по методу телефонных интервью с представителями стран (вплоть до шести человек от каждой страны). Интервью носили полустандартизированный характер и основывались на вопроснике. Вопросник охватывал следующие сферы: основные характеристики, программный контекст, цели и роли заинтересованных сторон, концептуальная база и модель функционирования, процессы и конечные результаты (включая сбор данных, их распространение и полезное воздействие), планы на будущее и полученный опыт (см. Приложение 1). Эксперты выбирались для интервью по принципу снежного кома, когда для каждой страны находился один ключевой эксперт (обычно – ведущий автор ОДСЗ), который потом рекомендовал других лиц, также принимавших участие в ОДСЗ.

Телефонные интервью стали основным источником информации для составления примеров стран. Помимо этого, изучались такие материалы, как статьи в журналах, книги, отчеты и вебсайты, рекомендованные опрошенными экспертами; ссылки на эти материалы приведены в отчете. Наконец, примеры были рассмотрены на семинаре для экспертов, который прошел в Копенгагене в мае 2011 г. (см. Приложение 2). Собранная информация вошла в основу данного технического отчета и краткой брошюры в форме повествования, предназначенной для более широкой аудитории, что позволит, как надеются авторы, наладить обмен опытом в отношении ОДСЗ в масштабе всего региона и станет для других стран стимулом к применению аналогичных подходов.

Обзор индивидуальных подходов к ОДСЗ

Существует целый ряд подходов к проведению ОДСЗ, и каждый из них имеет свои сильные и слабые стороны. По мере расширения в регионе базы знаний относительно ОДСЗ, предоставляется возможность эффективно воспользоваться опытом стран, которые уже проводили ОДСЗ. В данном отчете представлены примеры Англии, Армении, Бельгии, Кыргызстана, Португалии, Турции и Эстонии. Подходы, которые применялись в этих странах, в общем виде представлены ниже.

Кыргызстан разработал схему регулярного мониторинга и оценки, основывающуюся на предоставлении донорам отчетности о прогрессе программы реформ сектора здравоохранения. Это означает, что в стране существует четко определенная институциональная база, куда входят центр анализа программ, который занимается оценкой, и министерство здравоохранения, которое ежегодно проводит мониторинг показателей деятельности. Все субъекты, участвующие в мониторинге и оценке системы, проводят регулярные совещания для анализа и обсуждения достигнутого прогресса. Институционализация функций мониторинга и оценки позволила улучшить инфраструктуру и укрепить потенциал министерства и других органов здравоохранения в сфере сбора, анализа и использования данных. Более того, это поспособствовало

установлению культуры выработки политики на основании фактических данных. Сейчас перед Кыргызстаном стоит задача сохранить созданный потенциал и продолжить развитие и после того, как внешнее финансирование будет постепенно прекращено.

Примерно так обстоит дело и в *Армении*, где государство полностью ощущает свою ответственность за ОДСЗ и в сейчас готовит уже третий отчет об оценке, в котором делается акцент на деятельности на уровне регионов. ОДСЗ в Армении также является прекрасным примером сотрудничества между национальными и международными экспертами и учреждениями. Ключевыми факторами успеха оценки стали энтузиазм и последовательность рабочей группы по ОДСЗ. Сейчас в стране существует интерес к распространению опыта проведения оценки за рамки рабочей группы, обеспечению государственного финансирования ОДСЗ и более эффективной индивидуальной доработке ОДСЗ с учетом потребностей официальных лиц, вырабатывающих политику.

В *Бельгии* ОДСЗ проводилась под руководством трех государственных учреждений, которые благодаря вовлечению международных и национальных экспертов и участию органов здравоохранения на местном, региональном и общенациональном уровне смогли достичь консенсуса относительно концепции системы показателей деятельности. Пример Бельгии уникален благодаря прагматичному подходу и скромным поставленным целям. Органы здравоохранения страны стремились расширить использование готовых баз данных и обеспечить все уровни управления здравоохранением в стране едиными инструментами мониторинга. Таким образом, наиболее значимыми достижениями ОДСЗ в Бельгии стало достижение согласия относительно определений и составляющих деятельности и нахождение показателей и пробелов в данных.

В *Эстонии* подготовкой первого отчета об ОДСЗ занималась очень маленькая группа специалистов, преданных своей работе. Очевидным преимуществом в условиях ограниченных кадровых ресурсов стал синергизм в сборе и анализе данных между ОДСЗ и национальным планом здравоохранения. Катализатором для ОДСЗ в Эстонии стала проведенная в Таллинне в 2008 г. при поддержке правительства страны конференция ВОЗ «Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния», однако процесс продлился дольше, чем было запланировано, поскольку возникли определенные трудности в составлении повестки дня ОДСЗ, особенно в отношении определения целей оценки. Важную роль в успехе процесса сыграл тот факт, что два члена группы, которые выполняли основную часть технической работы по ОДСЗ, регулярно консультировались с руководителями основных учреждений, вырабатывающих политику здравоохранения Эстонии, благодаря чему они получали ценные комментарии на каждой стадии подготовки отчета об ОДСЗ.

Как и Эстония, *Португалия* также воспользовалась синергизмом между процессом ОДСЗ и оценкой Национального плана здравоохранения (НПЗ) на 2004-2010 гг. и разработкой следующего НПЗ на 2011-2016 гг. Большая часть ОДСЗ осуществлялась группой экспертов ВОЗ и международных экспертов, которые вместе с комиссией экспертов из Португалии разрабатывали систему ОДСЗ и отбирали показатели деятельности. Одним из важнейших достижений ОДСЗ

в Португалии стала мобилизация экспертов и официальных лиц, вырабатывающих политику. Более того, оценка позволила внедрить новые аспекты деятельности системы (и новую терминологию), которые могли использоваться при разработке нового НПЗ. Сейчас перед Португалией стоит задача институционализировать ОДСЗ в условиях сокращения бюджета и смены правительства в условиях затянувшегося экономического кризиса.

В Турции ОДСЗ пользовалась официальной поддержкой на высшем уровне, что помогло объединить в этом процессе усилия всех заинтересованных партнеров системы. Как и в Армении и Кыргызстане, в Турции ОДСЗ использовалась как инструмент для отчетности о прогрессе Программы перестройки здравоохранения – программы реформирования системы здравоохранения, которая финансируется Всемирным банком. В настоящее время Турция готовит окончательную версию первого отчета об ОДСЗ, который, скорее всего, окажет существенное влияние на разработку схемы мониторинга и оценки следующего Стратегического плана, готовящегося министерством здравоохранения. Хотя в настоящее время ОДСЗ в Турции находится еще на раннем этапе, вероятно, этот процесс будет набирать обороты и станет неотъемлемой частью осуществляемых государством реформы здравоохранения и программ планирования.

В Англии в Национальной службе здравоохранения (НСЗ) существует давняя культура установления целевых показателей и управления деятельностью. ОДСЗ опирается на традиции оценки потребностей населения, определения приоритетности результатов для здоровья, закупки товаров и услуг и управления деятельностью поставщиков услуг в рамках национальной стратегии и системы показателей деятельности. Установление целевых показателей и оценка деятельности демонстрируют впечатляющие результаты, такие, например, как снижение времени ожидания оказания медицинских услуг. В то же время пример Англии также иллюстрирует некоторые пробелы и трудности, связанные с установлением целевых показателей. К ним относятся различия между созданными на центральном уровне целевыми показателями и системами управления деятельностью и приоритетами здравоохранения на местном уровне; преобладание показателей управления и процесса, тогда как результатам для здоровья и шагам по преодолению выявленных новых проблем уделяется меньше внимания; и страх администраторов перед потерей работы из-за невыполнения поставленных целевых показателей. В рамках Системы Outcomes (“конечные результаты”) НСЗ составила новый перечень показателей конечных результатов, который будет использоваться с 2013 г. Он охватит широкий ряд показателей качества медико-санитарной помощи, эффективности, мнений пациентов и безопасности.

Сравнение ОДСЗ: общие черты и отличия

ОДСЗ – это относительно новый и динамично развивающийся инструмент стратегического руководства. Большинство включенных в перечень практических примеров стран, которые недавно начали процесс ОДСЗ, пользовались похожей системой и методологией, основанной на разработанной ВОЗ функциональной концепции деятельности системы здравоохранения. Хотя страны выбрали достаточно похожие системы ОДСЗ и показатели деятельности, между ними есть и существенные различия в контексте политики, целях, деталях системы ОДСЗ и некоторых основных показателях (Таблица 1).

Таблица 1. Обзор заявленных целей, контекста политики, аспектов деятельности и показателей

Страны	Заявленные цели	Национальная стратегия или программа реформирования сектора и ее временные рамки	Аспекты деятельности для ОДСЗ	Количество основных показателей (в последнем отчете)
Англия	<ul style="list-style-type: none"> Управление деятельностью фондов НСЗ и стратегических органов здравоохранения (управление эффективностью оказания медико-санитарной помощи) 	<p>Оздоровление нации (1999) [Our Healthier Nation] Выбираем здоровье (2004) [Choosing Health]</p>	<p>Общей и единой системы показателей деятельности здравоохранения нет, и оценка акцентирована на таких вопросах, как улучшение состояния здоровья, равноправный доступ к услугам, оказание помощи и время ожидания. Система конечных результатов НСЗ на 2011/2012 гг. включает показатели мнений пациентов и поставщиков услуг в отношении различных аспектов услуг НСЗ.</p>	Около 50
Армения	<ul style="list-style-type: none"> Оптимизация стратегического управления Подотчетность Прозрачность Определение приоритетов политики 	<p>Проект модернизации системы здравоохранения, Фаза 1: 2004-2010 Фаза 2: 2007-2014</p>	<p>Семь функций системы здравоохранения (информационные системы, кадровые ресурсы, стратегическое управление, рациональность, доступ к услугам, качество и безопасность услуг, факторы риска/укрепление здоровья/профилактика заболеваний) и три задачи системы здравоохранения (справедливое финансирование и защита, состояние здоровья и распределение здоровья, отзывчивость)</p>	40
Бельгия	<ul style="list-style-type: none"> Прозрачность и подотчетность Сравнение с другими странами Регулярный мониторинг деятельности 	Отсутствует	<p>Три функциональные основы: состояние здоровья, немедицинские детерминанты здоровья и система здравоохранения (включая укрепление здоровья, профилактику, терапевтическую помощь, длительную помощь и помощь на терминальной стадии жизни). Аспекты деятельности по оказанию медико-санитарной помощи, включая качество, доступность, рациональность, устойчивость/стабильность. Справедливость является общим аспектом, охватывающим все упомянутые выше основы.</p>	55
Кыргызстан	<ul style="list-style-type: none"> Мониторинг прогресса и воздействия на программы сектора здравоохранения Подотчетность перед донорами Поиск потенциальных проблемных сфер в политике 	<p>Программа "Манас": 1995-2005 гг. "Манас таалими": 2006-2010 гг.</p>	<p>Регулярный учет продуктов деятельности программ в секторе здравоохранения, положительных итогов (таких как улучшение состояния здоровья) и конечных результатов (доступ, финансовая защищенность, рациональность, качество и прозрачность)</p>	52
Португалия	<ul style="list-style-type: none"> Подотчетность Информация для выработки политики 	<p>Национальный план здравоохранения на 2004-2010 гг.</p>	<p>Четыре функции (стратегическое управление, генерирование ресурсов, оказание услуг, финансирование) и пять соответствующих им промежуточных целей (доступ, охват, качество и безопасность, здоровое поведение, рациональность) и задач (здоровье, социальная защита и защита от финансовых рисков, отзывчивость)</p>	51
Турция	<ul style="list-style-type: none"> Схема мониторинга и оценки Программы перестройки здравоохранения Прозрачность и подотчетность Содействие процессу выработки политики на основании фактических данных Направление выработки государственной политики Выявление приоритетных сфер в политике 	<p>Программа перестройки здравоохранения, фаза I (2003-2009) и фаза II (2010 – 2013)</p>	<p>В качестве конечной цели названы результаты для здоровья, которые будут достигнуты посредством выполнения трех промежуточных задач: здоровая окружающая среда и образ жизни; эффективные и комплексные услуги на личном уровне (доступность, высокое качество и эффективность в использовании) и справедливое финансовое обеспечение. Эти цели соответствуют четырем функциям системы (оказание услуг, генерирование ресурсов, финансирование и стратегическое руководство и лидерство).</p>	55
Эстония	<ul style="list-style-type: none"> Оптимизация подотчетности Оптимизация стратегического управления Создание схемы мониторинга НГПЗ 	<p>Национальный план здравоохранения (2009-2012)</p>	<p>Четыре функции (стратегическое управление, генерирование и распределение ресурсов, оказание услуг и финансирование) соответствуют четырем промежуточным задачам (справедливый доступ и охват, рациональность, качество и эффективность) и целям (здоровье, защита от финансовых рисков и удовлетворенность потребителей). Аспекты деятельности включают состояние здоровья, поведение в отношении здоровья и укрепление здоровья, детерминанты здоровья, отзывчивость, справедливое финансирование, доступ к услугам, качество и безопасность).</p>	Около 80

Цели ОДСЗ устанавливаются в зависимости от контекста политики в стране и особенностей и традиций стратегического руководства системой здравоохранения и ее потенциала и потребностей. В Англии, например, методологический подход и поставленные цели предусматривают использование информации для управления деятельностью и согласования работы региональных и местных организаций в соответствии с общенациональной системой показателей конечных результатов. В этом Англия значительно отличается от стран, которые использовали отчеты об ОДСЗ в целях информирования. Армения, Бельгия, Кыргызстан, Португалия, Турция и Эстония в качестве одной из целей оценки однозначно указали повышение подотчетности; в Кыргызстане под ней понималась отчетность перед донорами за использование грантов и кредитов, а в Армении, Бельгии и Турции – прозрачность. Другие цели, которые часто ставятся перед ОДСЗ, включают оптимизацию стратегического управления, определение приоритетов политики, выявление проблемных сфер и сбор информации для выработки политики. В Армении, Кыргызстане и Турции ОДСЗ дополняет программы реформ сектора здравоохранения, а в Англии, Португалии и Эстонии оценка сопутствует национальным стратегиям или планам здравоохранения. Число показателей, принятых в этих странах, варьируется от 40 до 80, и в большинстве случаев первоначальный список, из которого были отобраны показатели, был существенно длиннее.

В Таблице 2 дан сравнительный обзор роли субъектов и институциональных механизмов в проведении ОДСЗ, который также указывает на уровень политической поддержки оценки в каждый из стран. Такие аспекты, как институциональные механизмы проведения ОДСЗ, состав рабочих групп и комиссий консультантов и экспертов, а также роль международных экспертов, значительно различаются. В Бельгии, например, было решено, что руководство процессом будет осуществлять национальная экспертная организация, а в Португалии и Эстонии ОДСЗ руководит министерство здравоохранения (в Португалии – при участии Верховного комиссара здравоохранения, который отвечает за Национальный план здравоохранения). Различаются также состав и роли консультативных групп; при этом, в большинстве стран в процесс были вовлечены одна или несколько технических экспертных комиссий.

В Таблице 3 приведены основные различия во временных рамках оценок и занятых в них кадровых ресурсах. В большинстве стран на проведение первой ОДСЗ ушло, в среднем, около двух лет с момента заключения соглашения о проведении ОДСЗ до презентации отчета. В странах, где таких отчетов было несколько, отчеты об ОДСЗ публиковались раз в три года, раз в два года или раз в год. Что же касается кадровых ресурсов, то в проведении ОДСЗ в Бельгии участвовало более 10 человек, пусть и не занимавшихся проектом полный рабочий день, а в Турции некоторые члены рабочей группы были наняты специально для проведения ОДСЗ.

Таблица 2. Обзор спонсоров¹, членов рабочих групп, консультативных групп и экспертов²

Страна	Основные спонсоры	Члены рабочей группы	Консультативная комиссия	Комиссия экспертов
Армения	Директор Национального информационно-аналитического центра здравоохранения	Шесть ведущих членов группы из Национального института здравоохранения, Всемирного банка и Европейского регионального бюро ВОЗ	Сотрудники Министерства здравоохранения	Группа технических экспертов по вопросам системы и показателей
Бельгия	Директор Центра информации о медико-санитарной помощи	Представители Центра информации о медико-санитарной помощи, Национального института медицинского страхования и страхования от нетрудоспособности и Национального института общественного здравоохранения	Регулярная обратная связь по вопросам политики в форме проводимых раз в 3 месяца совещаний с участием федерального и региональных управлений здравоохранения; и ежегодное совещание политических представителей высокого уровня	Одна комиссия экспертов для всего процесса, занимающаяся вопросами системы показателей деятельности и самими показателями
Португалия	Верховный комиссар здравоохранения	Сотрудники Управления Верховного комиссара здравоохранения; национальные координаторы Национального плана здравоохранения; Европейское региональное бюро ВОЗ	Межминистерский руководящий комитет по Национальному плану здравоохранения	Группа технических экспертов по вопросам показателей и анализа отчета об оценке деятельности
Турция	Министр здравоохранения, заместитель Государственного секретаря, директор TUSAK	Сотрудник TUSAK и Министерства здравоохранения; сотрудники Европейского регионального бюро ВОЗ и Всемирного банка; национальные и международные консультанты	Представители Казначейства и Министерства финансов, Министерства окружающей среды и лесного хозяйства, Института статистики Турции, Совета по высшему образованию, Министерства образования и Управления государственного планирования	Эксперты из различных ведомств и Министерства, чьей задачей является достижение консенсуса в отношении системы показателей деятельности и набора выбранных показателей, а также содействие процессу сбора данных из различных источников
Эстония	Министр социальных дел	Сотрудники Министерства социальных дел и Европейского регионального бюро ВОЗ	Директор Национального института развития здравоохранения и председатель Фонда медицинского страхования Эстонии; международный консультант на начальном этапе процесса	отсутствует

1 Под спонсорами понимаются организации или лица, на которых лежит общая ответственность за проект и подотчетность за конечный результат.

2 За исключением Англии и Кыргызстана.

Таблица 3. Обзор сроков проведения ОДСЗ и занятых в ней кадровых ресурсов¹

Страна	Год публикации первого отчета	Год публикации второго отчета	Время от начала процесса до публикации первого отчета	(Планируемое) время между двумя отчетами	Кадровые ресурсы
Армения	2007	2009	2 года	3 года (публикация третьего отчета запланирована на 2012 г.)	6 основных членов
Бельгия	2009	-	1,5 года	3 года (публикация второго отчета запланирована на 2012 г.)	11 (имеются в виду авторы отчета об ОДСЗ)
Кыргызстан	2002	2003	Ежегодные отчеты	1 год	1 сотрудник министерства, 1 постоянный консультант ВОЗ по вопросам политики и до 4 исследователей в ЦАПЗ
Португалия	2010	-	1,5 года	-	1 ведущий международный сотрудник, 2 международных консультанта
Турция	Ожидается в 2011 г.	-	2 года	-	6 основных сотрудников, 1 сотрудник нанят специально для участия в ОДСЗ
Эстония	2010	-	Около 2 лет	2 года (публикация второго отчета запланирована на 2012 г.)	1 основной сотрудник в Министерстве здравоохранения и социальных дел

1 За исключением Англии

ОДСЗ В АНГЛИИ

ПОИСК «ЗОЛОТОЙ НИТИ», КОТОРАЯ СВЯЗАЛА БЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ НА МЕСТНОМ УРОВНЕ С ОБЩЕНАЦИОНАЛЬНЫМИ ЦЕЛЯМИ УПРАВЛЕНИЯ И ЦЕЛЕВЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ НСЗ

Введение

В приведенном ниже примере рассказывается об истории установления целевых показателей и мониторинга деятельности Национальной службы здравоохранения (НСЗ) Англии с помощью программы Vital Signs (“Основные показатели жизнедеятельности”), которая действовала с 2007 по 2011 гг. В отличие от других примеров, в данном случае акцент делается на мониторинге деятельности отдельных поставщиков услуг здравоохранения и стратегических органов здравоохранения на основании информации о деятельности, а не на всеобщей и комплексной оценке оказания услуг медико-санитарной помощи в масштабе страны. Представить в качестве примера именно этот опыт было решено по ряду причин. Во-первых, в данном случае используется уже готовая система показателей деятельности, а не рассказывается о создании такой системы. Во-вторых, программа Vital Signs, представляющая собой набор показателей деятельности в рамках Системы деятельности НСЗ, применявшийся с 2007 по 2011 гг., является примером координации схем деятельности на различных уровнях (общенациональные требования, национальные приоритеты для результатов на местном уровне и деятельность на местном уровне) и трудностей, возникших в процессе координации. Приведенный пример наглядно показывает, как стратегические приоритеты влияют на формирование системы показателей деятельности.

Из данного примера следует три важных общих вывода. Во-первых, использование в мониторинге деятельности целевых показателей повышает подотчетность администраторов и заказчиков услуг здравоохранения, занимающихся в первую очередь общенациональными приоритетами. Подотчетность повышается путем установления связи между процессами и достижениями в области оказания услуг на местном уровне и общенациональными целевыми показателями, что может как мотивировать сотрудников, так и оказывать прямо противоположный эффект. В Англии до сих пор идут споры об использовании в мониторинге деятельности целевых показателей. Во-вторых, сохраняется проблема поиска равновесия между показателями при установлении целей. Процесс мониторинга деятельности в Англии прошел долгий путь развития, и в настоящее время он включает информацию о результатах для здоровья, показатели клинического качества и мнения пациентов и поставщиков услуг; эти элементы и лежат в основе новой разработанной НСЗ системы Outcomes (“конечные итоги”). Система начнет использоваться в 2013 г. Уже на переходном этапе системы деятельности НСЗ на 2011-2012 и 2012-2013 гг. начали больше ориентироваться на конечные итоги (8-10). В целом, динамика процесса обусловлена долгой историей использования в Англии информации о деятельности для управления деятельностью. Эта динамика говорит о том, что модель мониторинга деятельности не может оставаться неизменной. Она должна развиваться, принимая во внимание наблюдаемые реакции

поставщиков услуг и органов здравоохранения на существующую схему управления деятельностью и учитывая возникающие новые приоритеты. В-третьих, хотя мониторинг деятельности может выявлять слабые и сильные места в цепочке оказания услуг, он не всегда приводит к верному пониманию того, что нужно сделать для устранения выявленных недочетов.

Поскольку опыт Англии в проведении оценок деятельности по-своему уникален, данный пример по своей структуре отличается от примеров других стран. В следующей главе представлен краткий обзор истории процесса установления целевых показателей и мониторинга в Англии. После этого идет описание схемы Vital Signs (2007-2011) как новейшего примера государственной программы целевых показателей для мониторинга системы здравоохранения. В той же главе дается критический анализ применения программы Vital Signs Фондом первичной медико-санитарной помощи района Тауэр-Хэмлетс [Tower Hamlets] и обзор основных сильных и слабых сторон программы. За ним следует опубликованное в 2010 г. описание новой разработанной НСЗ системы Outcomes, которая будет использоваться с 2013 г. Наконец, завершает пример глава, где обобщается опыт Англии и делаются выводы.

Обзор развития метода установления целевых показателей

Метод целевых показателей для измерения эффективности деятельности системы здравоохранения на общенациональном и региональном уровне применяется в Англии уже не менее трех десятков лет. Этот подход начинает все больше и больше ориентироваться на конечные итоги и на качество (см. Врезку 1).

Врезка 1. Хронология применения метода установления целевых показателей в Англии

1983 г.:	Первый набор показателей деятельности НСЗ
2000 г.:	План НСЗ и второй, более узкий, набор показателей деятельности
2001 г.:	Звездная система рейтинга
2006 г.:	«Ежегодные медицинские осмотры»
2007 г.:	Программа Vital Signs
2010 г.:	Представление системы Outcomes НСЗ

Впервые систематический подход к оценке деятельности НСЗ путем установления целевых показателей был применен в 1983 г., когда были разработаны «показатели деятельности НСЗ на высоком уровне». До этого лица, определяющие политику, старались избегать централизованного вмешательства государства в работу НСЗ. В вышеупомянутый набор показателей вошло свыше 500 показателей процесса и вводимых ресурсов, в большинстве своем относящихся к клинической сфере. Многочисленные критики подхода утверждали, что показателей чересчур много. Впоследствии показатели деятельности НСЗ были использованы при составлении Плана НСЗ (2000 г.), при этом самих показателей стало несколько меньше. План НСЗ предусматривал два раунда оценки на основании институциональных показателей деятельности; оценке были подвергнуты около 100 органов управления здравоохранением и 275 больниц НСЗ. В 2000 г. также была создана «система светофорных указателей» (11) для периодической оценки,

классификации и премирования организаций НСЗ (местных органов здравоохранения) и поставщиков услуг НСЗ на основании их деятельности в соответствии с Планом НСЗ. Позже эта схема была включена в звездную систему рейтинга.

Звездная система рейтинга (2001-2005) предусматривала ежегодную оценку больниц НСЗ с выставлением им от нуля до трех звезд в зависимости от эффективности деятельности по нескольким основным целевым показателям и по более широкому набору целевых показателей и индикаторов из сбалансированной оценочной таблицы. В схему вошли около 40 целевых показателей и индикаторов клинической деятельности. Индикаторы в звездной системе рейтинга были подобраны таким образом, чтобы отражать общенациональные целевые показатели, установленные в Соглашениях об оказании услуг населению (СОУН) для Министерства здравоохранения.

СОУН – это заключаемые в государственном секторе соглашения между казначейством и отдельными министерствами. Такие соглашения, введенные в 1998 г., заключались сроком на три года и отражали цикл анализа расходов. СОУН были призваны обеспечить согласованность политики и услуг во всех сферах государственного управления и предусматривали согласование целей, которые могли бы стать измеримыми целевыми показателями, которые должны быть выполнены в определенные сроки. СОУН составлялись таким образом, чтобы больший акцент в них делался на конечных итогах, а не на процессе оказания услуг населению, для обеспечения большей прозрачности управления такими услугами и выполнения поставленных правительством приоритетных задач путем установления для тех или иных министерств конкретных целей (12).

Первоначально звездная система рейтинга применялась к фондам неотложной помощи (2001 г.), а потом, в 2002 г., охватила и фонды скорой помощи. Фонды первичной медико-санитарной помощи (то есть заказчики услуг НСЗ) вошли в систему рейтинга в 2003 г. Система была привязана к схеме управления, предусматривающей премирование за рейтинг «три звезды» и санкции за рейтинг «ноль звезд» – например, увеличение или сокращение степени финансовой независимости. Директор фонда, получившего ноль звезд, мог потерять работу (12, 13). Звездная система основывалась на использовании амбиций поставщиков услуг по методу «назвать и пристыдить виновного»: успехи награждались, а неудачи наказывались (12). В некоторых целевых областях, таких как время ожидания, звездная система рейтинга дала измеримые результаты (10). Число пациентов, которые вынуждены ожидать помощи в отделениях травматологии более 4 часов, сократилось с 23% в 2002 г. до 5,3% в 2004 г. (1). Также стало существенно больше фондов, которые смогли достичь 75-процентного целевого показателя по оказанию неотложной помощи в течение 8 минут, а количество пациентов, ожидающих плановой госпитализации, в период применения звездной схемы рейтинга значительно сократилось (12, 13).

Установление целевых показателей было неоднозначно воспринято, и до сих пор идут споры о том, не принесли ли целевые показатели в НСЗ больше вреда, чем пользы (3, 4). При сравнении стран Соединенного Королевства Bevan обнаруживает, что при использовании звездной системы рейтинга в Англии показатели времени прибытия машины «скорой помощи» и времени ожидания в больнице были лучше, чем в Шотландии, Северной Ирландии и Уэльсе, где

нормативы и политика в отношении прибытия машины “скорой помощи” и времени ожидания в больнице были намного мягче (15). В то же время Vevan обращает внимание на существование некоторых рисков, связанных с целевыми показателями. Это “игнорирование сфер, для которых целевые показатели не были установлены (например, соотношение затрат и результатов), манипуляция данными (по времени ожидания и времени прибытия машины “скорой помощи”) и достижение показателей, при этом упуская из виду их суть (например, отмена или отсрочка повторных визитов амбулаторных пациентов, для которых целевые показатели не установлены)” (12, 14). Противники звездной системы утверждали, что она порождает произвольный подход к оценке деятельности, когда все внимание уделяется лишь цифрам, и снижение роли местных и профессиональных лидеров, поскольку система полагается на централизованный контроль (11). Также отмечался риск ограничения профессиональной независимости ради достижения административных целей и риск недооценки важности и нарушения клинических приоритетов и клинического поведения. Систему целевых показателей критиковали также и за то, что из-за них деятельность могла восприниматься чересчур ограниченно, лишь в некоторых ее аспектах, а не в масштабе всей системы (14).

В 2006 г. на смену звездной системе рейтинга пришли «Ежегодные медицинские осмотры» [Annual Health Check]. Они представляли собой модель оценки на базе сбалансированной оценочной таблицы, которая позволяла организациям НСЗ разрабатывать свои наборы показателей деятельности с учетом особенностей задач на местном уровне, делая при этом акцент на финансовые цели. “Ежегодные медицинские осмотры” позволяли оценить более широкий круг аспектов, нежели старые целевые показатели, благодаря тому, что они предусматривали получение информации в том числе и от пользователей и поставщиков услуг медико-санитарной помощи. Помимо этого, в 2009 г. были введены годовые “отчеты о качестве” [Quality Accounts]. Отчеты о качестве представляют собой ежегодные отчеты поставщиков услуг НСЗ перед населением за качество предоставляемых ими услуг (16). В них входит более широкий спектр показателей деятельности в области клинического качества, а также уделяется большее внимание самостоятельно предоставляемым отчетам и оценкам на местном уровне. Помимо этого, в этих отчетах клиническая деятельность отделена от финансовых показателей деятельности.

Система Vital Signs: контекст политики, цели и критика

Обновляемая каждый год Система деятельности НСЗ содержит ориентиры в отношении общенациональных приоритетов. Система Vital Signs (“Основные показатели жизнедеятельности”) представляла собой набор показателей, которые использовались Системой деятельности НСЗ с 2007 по 2011 г. для мониторинга прогресса в выполнении общенациональных целевых показателей фондами первичной медико-санитарной помощи и фондами НСЗ. Каждый год организации НСЗ в соответствии с Системой деятельности НСЗ должны составлять собственные планы по выполнению установленных приоритетных целей.

Показатели Vital Signs были введены в действие в 2007 г.; они представляют собой набор основных показателей оказания услуг здравоохранения в соответствии с Системой деятельности НСЗ на 2008-2009 гг., а также дальнейшие указания на трехлетний период до 2010 г.

Система Vital Signs должна была обеспечить органы здравоохранения и фонды НСЗ набором показателей для разработки собственных планов деятельности в соответствии с общенациональными приоритетами и для последующих отчетов по их выполнению (17). В то время это был совершенно новый подход к планированию и осуществлению приоритетных целей в области здравоохранения на общенациональном и местном уровне. В частности, программа должна была дать руководителям и клиническим работникам больше самостоятельности в установлении целевых показателей на местном уровне. Система показателей Vital Signs включала три уровня показателей прогресса (см. Рисунок 1).

Целевые показатели, устанавливаемые на первом уровне – это обязательные к выполнению общенациональные требования, по которым осуществляется централизованная отчетность перед Министерством здравоохранения. Эти требования относятся ко всем фондам первичной медико-санитарной помощи (ФПМСП) в Англии; фонды обязаны вести мониторинг выполнения этих целевых показателей по набору индикаторов, установленных на первом уровне системы. В период с 2008 по 2009 гг. для целевых показателей на первом уровне было определено пять общенациональных приоритетных сфер для деятельности:

- повышение чистоты и снижение распространенности инфекций, связанных с медико-санитарной помощью;
- повышение доступности услуг;
- охрана благополучия взрослых и детей, укрепление их здоровья и повышение социальной справедливости в отношении здоровья;
- улучшение отзывов пациентов, их удовлетворенности услугами и уровня участия в процессе оказания им помощи; и
- повышение готовности к чрезвычайным ситуациям.

В отличие от целевых показателей первого уровня, обязательных для всех ФПМСП, целевые показатели второго уровня устанавливаются для каждого фонда отдельно. Они определяют необходимые действия и целевые показатели для выполнения национальных приоритетов на местном уровне. Планы действий для каждого ФПМСП по выполнению целевых показателей первого и второго уровня утверждались соответствующим Стратегическим управлением охраны здоровья (СУОЗ) фонда. Роль Министерства здравоохранения в отношении достижений целевых показателей второго уровня ограничивалась вмешательствами в работу недостаточно эффективно действующих фондов, а организации, выполняющие поставленные цели в полном объеме, могли функционировать без участия СУОЗ. Целевые показатели третьего уровня – это показатели для реализации местных приоритетных задач на местном же уровне. Они устанавливаются самими ФПМСП вместе с их стратегическими управлениями охраны здоровья. Предполагалось, что для того, чтобы сформулировать эти целевые показатели и выполнить их, ФПМСП должны

Рисунок 1: Три уровня показателей Vital Signs



устанавливать новые партнерские взаимоотношения и вести с местным населением, сотрудниками и другими заинтересованными сторонами сотрудничество в отношении приоритетов и показателей деятельности. В Таблице 4 приводится обзор оценки и показателей деятельности на трех уровнях системы Vital Signs.

Различия между показателями первого и второго уровня обусловлены степенью централизации и национальными приоритетами в протоколе управления деятельностью. Показатели первого уровня отражали общенациональные обязательства, которые были донесены до уровня ФПМСП. Примером такого показателя может служить предельный срок проведения планового лечения в течение 18 недель после направления – это требование распространялось на все ФПМСП в Англии. Показателями второго уровня являлись общенациональные обязательства, допускающие некоторые вариации в методах реализации на местном уровне. Например, мониторинг тенденций в отношении смертности зависит от демографических факторов, варьирующихся от одного местного сообщества к другому, но при этом есть единый общенациональный целевой показатель уровня улучшения ситуации. Хотя первые два уровня считались наиболее важными, Министерство здравоохранения сохранило за собой право вмешиваться в любой из трех уровней системы Vital Signs и периодически требовало отчетов и о прогрессе на третьем уровне.

Здесь следует отметить, что система Vital Signs создавалась как схема мониторинга. Она не предназначалась для того, чтобы изучать причины недостаточной эффективности деятельности или находить способы решения проблем. Система лишь позволяла увидеть, выполнены ли

Таблица 4. Целевые показатели и мониторинг деятельности на трех уровнях системы Vital Signs

Уровень	Целевые показатели	Управление деятельностью
Уровень 1 Общациональные требования (обязательные для всех)	Устанавливаются на уровне страны Представляются для исполнения СУОЗ или на уровень СУОЗ	Планы для ФПМСП утверждаются СУОЗ и Министерством здравоохранения. Мониторинг и управления деятельностью осуществляют СУОЗ.
Уровень 2 Общациональные приоритеты для деятельности на местном уровне	Согласовываются на местном уровне СУОЗ	Планы для ФПМСП утверждаются СУОЗ. Управление деятельностью (только по проблемным аспектам ФПМСП) осуществляет Министерство здравоохранения
Уровень 3 Действия на местном уровне	Приоритеты и все соответствующие им целевые показатели, принимаемые на местном уровне	Министерство здравоохранения не принимает участия в управлении деятельностью

Источник: *Operational plans 2008/2009 – 2010/2011(17)*.

целевые показатели. Некоторые показатели программы Vital Signs стали важными темами национальной избирательной кампании 2010 г. Несколько целевых показателей использовались непосредственно как политические обещания, данные широкой общественности. В качестве примеров таких целевых показателей можно назвать требование о том, что 98% пациентов должны получать лечение в течение 4 часов после поступления в отделение неотложной помощи, и что 90-95% пациентов должны получить плановое лечение в течение 18 недель с момента направления врачом общей практики.

Осуществление программы Vital Signs: опыт Восточного Лондона

В районе Тауэр-Хэмлетс, одном из трех ФПМСП в сфере ответственности Стратегического управления охраны здоровья Восточного Лондона, программа Vital Signs была запущена в 2009 г. К результатам деятельности за 2009-2010 гг. можно отнести следующие достижения (18):

- Удовлетворенность населения работой врачей общей практики выросла с 69% до 82% – наивысший показатель улучшения в Англии.
- Охват скринингом на предмет рака молочной железы вырос до 66% (при том, что средний показатель по Лондону составляет 64,5%).
- Район Тауэр-Хэмлетс занял первое место по темпам снижения уровня детской беременности в Лондоне и третье место – в стране; уменьшение составило 42% от базового уровня 1998 г.
- Службы здравоохранения района помогли бросить курить более чем 2000 людям, благодаря чему в том году Тауэр-Хэмлетс занял по этому показателю пятое место среди ФПМСП в Англии.

- Свыше 8000 молодых людей в возрасте от 15 до 24 лет прошли скрининг на предмет хламидиоза.
- Продолжили улучшаться показатели иммунизации детей; по этим показателям район вошел в десятку лучших ФПМСР в Лондоне.
- Последовательно выполнялись или почти выполнялись целевые показатели в области охраны психического здоровья.

Эти результаты, наряду с информацией о невыполненных целевых показателях, были опубликованы. ФПМСР района Тауэр-Хэмлетс не выполнил целевые показатели по снижению смертности от рака и расширению охвата скринингом на предмет рака шейки матки и молочной железы, по снижению детского ожирения, улучшению мнения пациентов относительно оказанной им помощи, улучшению доступа к стоматологическим услугам и по повышению качества жизни людей, живущих и работающих в районе Тауэр-Хэмлетс.

Сильные стороны и трудности программы Vital Signs

Основные заинтересованные стороны признали желание государства повысить подотчетность и прозрачность на общенациональном уровне законным и преследующим благие цели. Помимо этого, измерение выполнения целевых показателей позволило стратегическим управлениям охраны здоровья и организациям, заказывающим услуги, вести мониторинг деятельности организаций. Эта информация позволила лучше понимать слабые стороны местных систем. Неоспоримо также, что благодаря вмешательствам в сфере управления деятельностью значительно улучшилось положение дел в некоторых проблемных областях, таких как чересчур длительное ожидание неотложной, амбулаторной и плановой медико-санитарной помощи. Программа Vital Signs наряду с другими системами управления показателями деятельности внесла немалый вклад в развитие в Англии культуры управления деятельностью.

Одной из сложностей, возникшей на местном уровне, стало то, что большая часть средств направлялась на мероприятия на первом и втором уровнях, поэтому основные ожидания в отношении оказания услуг были связаны с общенациональными приоритетами; в то же время на адаптацию услуг к потребностям местного населения средств выделялось значительно меньше. Также утверждают, что программа Vital Signs создала атмосферу нервозности среди руководителей учреждений с низкими показателями. Помня старую звездную систему рейтинга, они опасались, что невыполнение ими целевых показателей приведет к увольнению или понижению в должности. Как и система звезд, программа Vital Signs подверглась критике за искажение клинических приоритетов и неспособность создать стимулы для осуществления значимых перемен в области оказания услуг здравоохранения.

Программа Vital Signs считалась ориентированной на вводимые факторы и процесс. Например, целевые показатели в отношении услуг психиатрической помощи, финансируемых на втором

уровне, затрагивали, главным образом, такие вводимые факторы, как количество ранних вмешательств, количество работников психиатрической медико-санитарной помощи, количество пациентов с составленными планами оказания психиатрической помощи и количество пациентов, получающих дальнейшую помощь. В то же время Vital Signs также повлекла за собой обсуждение способов применения данных о процессах и конечных результатах в области качества услуг и отзывов пациентов. Богатая история использования методики целевых показателей в Англии показывает, что мониторинг и управление показателями деятельности – это динамичные процессы, которые должны регулярно адаптироваться к ситуации, используя сильные места и преодолевая недостатки систем.

Дальнейшие шаги

Система HC3 Outcomes (“конечные итоги”) представляет собой набор показателей конечных итогов, охватывающих все три компонента определения качества (эффективность, отзывы пациентов и безопасность); система была введена в действие в рамках “Обзора дальнейших этапов развития HC3” в 2008 г. Система Outcomes должна позволить отойти от показателей процесса и сосредоточиться на конечных итогах, уделяя при этом особое внимание проблеме социального неравенства в отношении медико-санитарной помощи. Другой важной задачей плана является отход от жесткого централизованного планирования и обсуждение – в рамках системы – ожидаемых результатов на местном уровне с местными же организациями. Новшеством можно назвать и интегрированный подход с особым упором на социальную и медико-санитарную помощь взрослым – например, в области длительной медико-санитарной помощи (19). Также (и это еще одно новшество) планируется опубликовать обзор результатов оценки деятельности в Англии и сравнить их с показателями других стран.

Система Outcomes была впервые опубликована в декабре 2010 г. и в ней были приведены показатели и конечные результаты, которые должны использоваться для отслеживания прогресса в деятельности HC3 (17). Однако на данный момент определены еще не все показатели в системе – этот процесс будет завершен в 2011-2012 гг. Ожидается, что система начнет использоваться в 2013 г.; одновременно с этим ведется работа над созданием подобной системы оценки конечных итогов и для общественного здравоохранения (8,9,20,21). Система Outcomes будет ежегодно обновляться, обеспечивая максимальную актуальность показателей для измерения конечных результатов. Комиссия HC3 по заказу услуг будет анализировать показатели конечных итогов на общенациональном уровне, приведенные в системе HC3 Outcomes, и в рамках новой Системы заказа услуг Outcomes переводить их в конечные итоги и показатели, актуальные для местного уровня.

В систему HC3 Outcomes на 2012-2013 г. входит 60 показателей, из которых 12 являются основными общими показателями, а 27 названы “сферами для улучшения”. По-прежнему важно сделать так, чтобы показатели результатов для здоровья отражали новейшие программы и мероприятия, поскольку большая часть таких показателей отражают программы более чем десятилетней давности. Вероятно, что в будущем показатели процесса останутся единственным источником сравнительных данных об улучшении показателей деятельности HC3 Англии.

ПОЛУЧЕННЫЙ ОПЫТ

- Подходы к управлению, основанные на оценке деятельности и опирающиеся на целевые показатели соглашений об оказании услуг населению и систему деятельности НСЗ, стали одним из важнейших элементов цикла политики в области здравоохранения и политического дискурса в целом. Эти подходы немало повлияли на приоритеты и оказание услуг здравоохранения на всех уровнях – от национального до местного – и внесли свой вклад в выработку культуры управления деятельностью. Они проложили путь к более выраженной ориентации в нынешней системе НСЗ на достижение конечных итогов и высокого качества деятельности.
- Мониторинг деятельности посредством установления целевых показателей повышает подотчетность администраторов системы здравоохранения и организаций, заказывающих услуги, за достижение приоритетных целей общенационального уровня, благодаря установлению связи между процессами на местном уровне и выполнением общенациональных целевых показателей. Такой подход мотивирует администраторов, стимулируя их к еще более качественной работе. Руководители, не справляющиеся со своими задачами, порой обвиняют целевые показатели в том, что из-за них они не могли уделять должного внимания другим сферам, связанным с качеством медико-санитарной помощи. Поэтому важно создать полный и комплексный набор показателей, охватывающий все важные элементы деятельности. Установление целевых показателей чревато риском игнорирования некоторых аспектов деятельности, не охваченных ими (таких как клинические приоритеты), и, соответственно, отвлечения от них внимания некоторых руководителей и поставщиков услуг.
- Выбор показателей для оценки и управления деятельностью сам по себе является непростой задачей, поскольку здесь необходимо найти равновесие между всеобъемлющей оценкой и четкими, специализированными показателями. Существует мнение, что система показателей Vital Signs в большей степени была ориентирована на процессы, а не на результаты. Используемая НСЗ система Outcomes в рамках подхода, ориентированного на конечные итоги, охватывает некоторые показатели качества медико-санитарной помощи (в отношении эффективности помощи, отзывов пациентов и безопасности). Например, в качестве одного из аспектов отзывов пациентов об оказываемой им помощи представляется продолжительность ожидания. Однако для проведения косвенной оценки конечных итогов в тех областях, где их трудно измерить или они медленно меняются (например, уровень смертности) или подвергаются воздействию факторов за пределами сектора здравоохранения, нужны также показатели процесса и вводимых факторов деятельности.
- Система Vital Signs создавалась как схема управления качеством деятельности. Она позволяла выявлять случаи низкой эффективности, но при этом не могла определять ее причины или предлагать способы решения проблемы; вследствие этого возникла необходимость дополнить набор количественных показателей другими инструментами, которые позволили бы понять причины низкой эффективности и формулировать рекомендации для устранения слабых мест.

ОДСЗ В АРМЕНИИ

ВО ГЛАВЕ ПРОЦЕССА УПОРЯДОЧЕНИЯ ОДСЗ

Введение

Армения участвует в процессе ОДСЗ с 2005 г., когда в Национальном институте здравоохранения был создан отдел оценки деятельности системы здравоохранения; его создание стало результатом совместной работы местных экспертов из Всемирного банка, ВОЗ и Министерства здравоохранения Армении. С тех пор опыт Армении характеризовался значительными достижениями в укреплении организационно-кадрового потенциала, глубокими знаниями о методологиях ОДСЗ и постановкой перед ОДСЗ адекватных целей. На данный момент в Армении опубликовано два отчета об ОДСЗ, и сейчас начинается работа над третьим отчетом, который будет посвящен оценке деятельности в рамках управления системой здравоохранения на региональном уровне. Рабочая группа по ОДСЗ финансируется за счет предоставленного Всемирным банком кредита для Программы перестройки сектора здравоохранения и в рамках двухгодичных соглашений о сотрудничестве между Европейским региональным бюро ВОЗ и правительством Армении.

В опубликованном в 2007 г. первом отчете, подготовленном Министерством здравоохранения совместно с Европейским региональным бюро ВОЗ и Всемирным банком, упор был сделан на нескольких выбранных сферах деятельности – главным образом, реформах первичного звена медико-санитарной помощи, сокращении избыточной больничной инфраструктуры и повышении качества охраны здоровья матери и ребенка. В отличие от первого отчета и его узко определенных приоритетов, опубликованный в 2009 г. второй отчет охватывал более широкий круг аспектов, то есть деятельность всей системы здравоохранения; материалы отчета 2007 г. были в нем взяты за основу для оценки последующего улучшения деятельности. В этом отчете также принимался во внимание стремительный рост экономики Армении с 2000 г. и особо выделялась взаимосвязь между деятельностью системы здравоохранения и ее реформированием и важностью нахождения показателей для оценки эффекта реформ.

Инновационной чертой обоих отчетов об ОДСЗ стали полевые обследования состояния здоровья и уровня обращения за услугами здравоохранения по квинтилям доходов населения. Полевые обследования впервые были упомянуты в первом отчете; они позволили собрать новую информацию об уровне справедливости в отношении здоровья и зависимости доступности медико-санитарной помощи от социально-экономического статуса. Во втором отчете тоже приводятся ссылки на более подробную оценку информационной системы здравоохранения Армении, а также даются рекомендации по развитию системы управления информацией здравоохранения.

Контекст политики, цели и заинтересованные стороны

С момента обретения независимости Армения прошла через целую череду реформ системы здравоохранения. Первые реформы касались, главным образом, приватизации

медико-санитарной помощи, сокращения избыточной больничной инфраструктуры и укрепления первичного звена. Правительство страны также осознавало важность выполнения к 2015 г. целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия ООН.

В то же время, до проведения ОДСЗ в Армении не было единой стратегии реформирования системы здравоохранения, которая могла бы координировать различные стратегии в различных секторах, включая первичную медико-санитарную помощь, третичную медико-санитарную помощь и специализированные программы, такие как охрана здоровья матери и ребенка. Оценки конечных результатов были сконцентрированы на конкретных программах и мероприятиях. Сектор здравоохранения Армении как одно целое никогда не проходил систематической оценки деятельности. Несмотря на то, что статистические данные здравоохранения регулярно дополняются и готовятся отчеты о положении дел в здравоохранении, эти данные не используются систематически для влияния на политические решения и распределение ресурсов. Более того, их не всегда можно признать надежными или полезными, поскольку они чаще отражают уже имеющуюся информацию, вместо того, чтобы предоставлять информацию, которая нужна официальным лицам, формирующим политику.

ОДСЗ должна была стать интегрированной системой для оценки и демонстрации эффекта реформ для деятельности систем здравоохранения в таких областях, как справедливость оказания помощи, доступ к услугам и эффективность и качество услуг. Отчет об ОДСЗ в Армении за 2009 г., будучи по своему масштабу значительнее, нежели первый отчет, преследовал следующие цели:

- оценить степень прогресса в достижении основных целей системы здравоохранения и провести мониторинг изменений в системе;
- дать общую оценку деятельности системы здравоохранения;
- поставить деятельность системы здравоохранения в центр национальной политики здравоохранения;
- повысить эффективность стратегического управления системой здравоохранения;
- способствовать оценке результатов деятельности системы здравоохранения;
- содействовать коммуникации и повысить подотчетность;
- определить, какие сферы деятельности системы должны быть улучшены в первую очередь; и
- стимулировать сбор данных лучшего качества и оптимизацию их анализа в рамках всей системы.

Отчет 2009 г. также играет важную роль в мониторинге изменений, которые произошли в системе здравоохранения в результате государственной политики, программ реформ системы здравоохранения и социально-экономических изменений, которые страна претерпела за последние десять лет, когда в экономике Армении произошел стремительный рост.

В Армении ОДСЗ проводилась группой, состоящей из шести основных членов, представляющих Национальный институт здравоохранения Армении, Всемирный банк и Европейское региональное бюро ВОЗ. Возглавил ОДСЗ Национальный информационно-аналитический центр здравоохранения – подразделение Национального института, созданное в 2005 г. Европейское региональное бюро предоставило технические рекомендации в рамках двухгодичного соглашения о сотрудничестве между Региональным бюро и правительством Армении на 2008-2009 гг. Группа была названа «рабочей группой по оценке деятельности системы здравоохранения», и с 2005 г. ее состав не менялся. Она работала под началом Проекта модернизации системы здравоохранения, программы кредитования Всемирного банка (врезка 2). Государственные чиновники не принимали непосредственного участия в подготовке отчета 2009 г., но при этом предоставляли необходимые данные и оценки.

Врезка 2. Проект модернизации системы здравоохранения Армении

Проект модернизации системы здравоохранения – это программа кредитования Всемирного банка, направленная на поддержку реформ сектора здравоохранения Армении. В рамках первой фазы проекта была оказана поддержка для модернизации больниц в 10 регионах страны, включая улучшение доступа к больничной помощи и оптимизацию оказания больничной помощи. Главной целью второй фазы, которая осуществляется в настоящее время, является дальнейшее совершенствование системы закупок больничных технологий и оборудования, обучение сотрудников больниц комплексному ведению пациентов, повышение доступности услуг первичной медико-санитарной помощи для уязвимых групп, совершенствование механизмов стратегического руководства и управления лечебными учреждениями и пилотное тестирование основанной на количестве пациентов системы финансирования больниц и различных схем лицензирования и обеспечения качества медицинских учреждений. В декабре 2010 г. Всемирный банк выделил на эти цели кредит размером в 19 миллионов долларов США, и на данный момент общая сумма финансирования составила 1,4 миллиарда долларов США.

Таким образом, решение о проведении ОДСЗ и процесс подготовки отчетов об ОДСЗ поддерживались донорами и партнерами в сфере развития с участием и при техническом содействии Всемирного банка и Европейского регионального бюро. Поскольку основные средства предоставлялись Всемирным банком, продолжить процесс ОДСЗ при постепенном прекращении внешнего финансирования будет непростой задачей. В то же время, правительство Армении обещало выделить средства на подготовку третьего отчета об ОДСЗ, работа над которым уже ведется.

Разработка системы и рабочей модели ОДСЗ

В Армении ОДСЗ основывается на структуре оценки систем здравоохранения, сформулированной ВОЗ в «Докладе о состоянии здравоохранения в мире 2000 г.» (2). Из этой структуры следует, что перед системой здравоохранения стоят три конечные задачи: улучшение здоровья населения,

Рисунок 2. Аспекты деятельности системы здравоохранения Армении



Источник: Armenia health system performance assessment 2009 (3).

отзывчивость и финансовая справедливость. Эти задачи соотносятся с функциями системы здравоохранения: стратегическое управление, генерирование ресурсов, финансирование и оказание услуг. Система оценки была адаптирована к стратегиям и реформам системы здравоохранения Армении. Было сформулировано десять аспектов деятельности, связанных с функциями и задачами системы здравоохранения; это позволило сконцентрировать оценку на роли выработки и реализации политики системы здравоохранения. На рисунке 2 приведены эти 10 аспектов деятельности и их связи с функциями, задачами и целями системы здравоохранения.

ПРОВЕДЕНИЕ ОДСЗ И ДАЛЬНЕЙШИЕ ШАГИ

Ключевые события и мероприятия

В период с мая 2008 г. по сентябрь 2009 г. были проведены 4 технические миссии ВОЗ. Во время первой миссии вырабатывающие политику сотрудники Министерства здравоохранения вместе с представителями ВОЗ занимались, опираясь на описанную выше систему, созданием карты стратегии системы здравоохранения. В ней указаны 4 конечных задачи системы здравоохранения и 9 стратегических тем, отражающих цели и стратегии реформ системы

здравоохранения страны. С помощью карты стратегии на семинаре с участием технических экспертов в июле 2008 г. было подобрано около 40 показателей деятельности.

Выбор показателей частично основывался на наличии данных. В период с августа 2008 г. по июнь 2009 г. рабочая группа спланировала и провела специальное обследование за счет средств кредита Всемирного банка. Обследование должно было восполнить пробелы в данных, обусловленные ограничениями, присущими плановым процессам сбора данных. Оно было проведено весной 2009 г. Национальной службой статистики, его выборка составила 1600 домашних хозяйств по всей стране. Рабочая группа по ОДСЗ получила результаты обследования летом 2009 г. В ходе миссии ВОЗ в июне 2009 г. рабочая группа при поддержке экспертов ВОЗ предложила скомпоновать 13 стратегических задач и тем здравоохранения, отраженных в карте стратегии, в 10 показателей деятельности, вокруг которых будет структурирован итоговый отчет об ОДСЗ (см. рис. 1). Процесс подготовки отчета продолжался с июня по сентябрь 2009 г. Первый проект отчета был подробно изучен в ходе итоговой миссии ВОЗ, которая состоялась в сентябре 2009 г.

В сборе данных о населении и здоровье населения участвуют несколько организаций. Национальный информационно-аналитический центр здравоохранения играет роль центра сбора и распространения данных, занимаясь анализом информации, которая ежегодно предоставляется государственными и частными лечебными заведениями, включая больницы. Государственное агентство здравоохранения занимается сбором информации от больниц-подрядчиков по вопросам их деятельности и финансов. При Национальной службе статистики функционирует два отдела по сбору данных: Департамент географии и переписей населения, который раз в десять лет проводит переписи населения и классифицирует причины смерти по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10), и Департамент обследований домашних хозяйств, который проводит плановые и специальные обследования расходов на здравоохранение, обращений за услугами и факторов риска для здоровья. Наконец, участие в сборе данных принимает Департамент регистрации актов гражданского состояния, который управляет соответствующей системой регистрации.

Результаты и рекомендации

В отчете об ОДСЗ 2009 г. указан ряд сфер, в которых прогресс оказался не столь значительным, как ожидалось, и даны рекомендации о приоритетности реформ в этих областях. Например, с 1989 г. в стране не было существенных улучшений в раннем выявлении рака. Невелики были и успехи в сфере профилактики неинфекционных заболеваний, качества медико-санитарной помощи и информированности о недостаточном уровне справедливости в некоторых программах здравоохранения. В связи с этими функциональными недостатками в отчете указаны шесть приоритетных направлений для улучшения работы системы здравоохранения и ожидаемый эффект от этих мер. Приоритеты приведены в Таблице 5 (3).

Институционализация

С институциональной точки зрения, ОДСЗ опирается на отдел оценки деятельности системы здравоохранения, созданный в 2005 г. при Национальном информационно-аналитическом

центре Национального института здравоохранения. Отдел оценки деятельности сотрудничает с рабочей группой по ОДСЗ, большим преимуществом которой стало то, что на протяжении последних пяти лет в ее состав входили одни и те же люди. К другим факторам успеха институционализации ОДСЗ в Армении можно отнести четкие организационные полномочия, непрерывную активность с 2005 г., серьезную финансовую базу (более того, недавно правительство страны обязалось принять участие в финансировании оценки), и налаженное техническое партнерство между национальными структурами и Всемирным банком и Региональным бюро.

В следующем году будет опубликован третий отчет об ОДСЗ, финансируемый Всемирным банком при участии правительства Армении, которое обязалось внести свой финансовый вклад в подготовку отчета. Отчет будет сфокусирован на деятельности региональных систем здравоохранения.

Распространение и эффект

Презентация отчета об ОДСЗ 2009 г. прошла в формате крупной конференции, которая освещалась в СМИ и где присутствовали представители правительства, доноры, партнеры, неправительственные организации и региональные органы здравоохранения. Участники обсудили

Таблица 5. Основные приоритеты повышения эффективности деятельности

Основной приоритет	Ожидаемый результат для системы здравоохранения
Снижение распространенности связанных с поведением факторов риска (особенно курения среди мужчин), и ориентация программ на эти факторы риска в домашних хозяйствах с низким уровнем доходов	Снизит распространенность неинфекционных заболеваний и уменьшит бремя этих заболеваний, в особенности в домашних хозяйствах с низким уровнем доходов
Реформирование базового пакета социальной помощи, в частности, его содержания, степени финансовой защищенности и, путем смещения критериев для получения помощи с проверкой на нуждаемость, охваченных помощью групп населения; усиление пакета помощи благодаря постоянному увеличению государственного финансирования	Устранит финансовые барьеры; улучшит согласованность стимулов для медицинских работников к оказанию качественных услуг; и повысит уровень справедливости финансирования
Непрерывное реформирование первичного звена медико-санитарной помощи и оптимизация инфраструктуры больниц, а также содействие развитию профессиональной системы управления больницами	Повысит рациональность, результативность и эффективность расходов на медико-санитарную помощь и позволит получать максимальную отдачу от государственных инвестиций в здравоохранение
Выработка стандартов, нормативов и основных показателей качества и безопасности медико-санитарной помощи и обеспечение соответствия этих услуг клиническим протоколам и инструкциям	Позволит вести мониторинг эффекта от повышения рациональности для осуществления услуг, а также создать механизмы оплаты услуг, стимулирующие их высокое качество
Выработка общей стратегии и видения перспектив для системы здравоохранения при поддержке отдела политики здравоохранения и планирования при Министерстве здравоохранения	Позволит координировать реформу первичного звена, оптимизацию больничной инфраструктуры, планирование кадровых ресурсов здравоохранения и ликвидацию финансовых барьеров для доступа к услугам, а также обеспечить единство подходов
Укрепление потенциала управления информационной системой здравоохранения путем реализации стратегического плана ИСЗ и путем оптимизации доступа к данным и информации	Оптимизирует использование информации и фактических данных в стратегическом управлении, а также повысит прозрачность и подотчетность

Источник: Armenia health system performance assessment 2009 (3).

наиболее эффективные способы систематического применения ОДСЗ как инструмента выработки и конечной оценки политики.

Полученные в ходе ОДСЗ данные, результаты и рекомендации с пользой применялись и в других отчетах о состоянии системы здравоохранения, включая ежегодный отчет Министерства здравоохранения. Более того, результаты ОДСЗ использовались при разработке целого ряда программ и стратегий, например, Национальной программы по борьбе против табака (2010-2013 гг.), где была взята статистика распространенности курения среди мужчин младше 60 лет. Данные отчетов ОДСЗ 2007 и 2009 гг. повлияли на ряд программных документов; они легли в основу нормативно-правовых изменений в области рекламы табака, и в 2011 г. все виды рекламы табачных изделий были, в конце концов, запрещены. К другим примерам относится концепция профилактики, раннего выявления и лечения наиболее распространенных неинфекционных заболеваний (2009-2013 гг.), национальная программа профилактики, раннего выявления и лечения неинфекционных заболеваний, национальная программа борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями (2011 г.), национальная программа борьбы с онкологическими заболеваниями и национальная программа контроля и борьбы с заболеваниями.

ПОЛУЧЕННЫЙ ОПЫТ

- Государство должно ощущать свою полную ответственность за процесс ОДСЗ, особенно если оценка проводится в рамках международного партнерства и финансируется из внешних источников.
- Выработка ощущения ответственности – это длительный процесс, в основе которого лежит большая работа по укреплению организационно-кадрового потенциала и ответственный подход к выбору целей, определению трудностей и прогнозированию полезного эффекта ОДСЗ.
- Важным достижением ОДСЗ является появление нового и полного набора общенациональных показателей деятельности системы здравоохранения, которые должны будут войти в каталог показателей Национальной службы статистики.
- Постоянство состава рабочей группы на протяжении последних пяти лет позволило добиться преемственности, столь важной для процесса ОДСЗ.
- Хотя небольшая рабочая группа сможет достичь консенсуса быстрее и эффективнее, нежели группа большего размера, все же существуют и преимущества расширения круга членов рабочей группы. Вероятно, она даже должна будет включать экспертов из других областей, помимо здравоохранения.

- Залогом успеха является эффективное сотрудничество между национальными и международными партнерами. Крайне важно выбирать таких партнеров, которые с энтузиазмом отнеслись бы к задаче, обладали опытом работы в команде и хорошими навыками коммуникации и решения проблем, а также положительно и с оптимизмом относились бы к ОДСЗ.
- Стимулировать развитие процесса может укрепление синергизма между секторами; примером такой синергетической связи может служить синхронизация сбора финансовых данных с основными событиями в области создания национальных счетов здравоохранения и отчетности по ним.
- Поскольку государство пока не дало твердых обязательств учитывать результаты ОДСЗ в принятии программных решений, важной задачей на будущее остается поиск способов повышения значимости ОДСЗ среди политических лидеров. Например, это можно сделать путем доработки ОДСЗ с учетом мнений официальных лиц высокого уровня, вырабатывающих политику.

ОДСЗ В БЕЛЬГИИ

РАЗВИТИЕ ПРОЦЕССА С УЧАСТИЕМ УЧРЕЖДЕНИЙ И ОРГАНОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ОБЩЕНАЦИОНАЛЬНОМ И РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

Введение

В Бельгии работа над ОДСЗ началась в марте 2008 г. по просьбе Национального института медицинского страхования и страхования от нетрудоспособности для мониторинга деятельности системы здравоохранения на общенациональном уровне и сравнения ее с другими странами. Первый отчет был подготовлен совместно с Бельгийским центром информации о медико-санитарной помощи (врезка 3), который выполнял роль технического координатора процесса, Национальным институтом медицинского страхования и страхования от нетрудоспособности и Исследовательским институтом общественного здравоохранения. Отчет был опубликован в 2010 г. (4).

У ОДСЗ в Бельгии есть целый ряд процедурных характеристик и особенностей использования отчета, делающих оценку уникальной. Во-первых, опыт оценки представляет собой модель основанного на участии процесса общенационального масштаба, в котором сотрудничали три национальные организации и реально принимали участие и политические фигуры, и органы здравоохранения, ответственные за социальные вопросы и охрану общественного здоровья на уровне местных сообществ, регионов и страны в целом. ОДСЗ, проводимая в условиях высокой степени децентрализации системы здравоохранения, основывается на общем понимании различными организациями того, как работает система здравоохранения, тем самым способствуя достижению консенсуса относительно будущих приоритетов.

Во-вторых, в рамках процесса ОДСЗ был проведен систематический обзор имеющейся в Бельгии и в других странах информации о деятельности систем здравоохранения. Подобная инвентаризация доступных баз данных упростила выбор практического комплекса показателей, дополнивших целостную систему ОДСЗ. В то же время, выбор показателей ограничил рамки оценки, тем самым создав предпосылки для дальнейшего уточнения в будущем.

В-третьих, задача ОДСЗ заключается в усилении мониторинга и повышении прозрачности деятельности благодаря повышению качества и оптимизации использования имеющейся информации. На данный момент ОДСЗ опирается на обязательство государства сохранять и укреплять мониторинг деятельности для повышения прозрачности. Изменения политики как таковые не являются первоочередной целью ОДСЗ, хотя первая оценка уже сейчас оказала на политику ощутимое влияние. То, насколько ОДСЗ в Бельгии сможет систематически влиять на решения в области политики, будет зависеть от оптимизации методологии и устранения остающихся недостатков в отношении данных.

Врезка 3. Бельгийский Центр информации о медико-санитарной помощи

Бельгийский Центр информации о медико-санитарной помощи является частично государственным учреждением, которое в некоторых аспектах связано с государственным управлением, но независимо в технических сферах. Центр был создан в 2003 г., и в его задачи входит проведение научных исследований в области политики и подготовка докладов для лиц, вырабатывающих политику, в стране. Будучи консультативным органом, КСЕ не принимает участия в выработке политики. Три основных направления деятельности центра – это анализ клинической практики и выработка рекомендаций для нее, оценка технологий здравоохранения и проведение научных исследований в области услуг здравоохранения.

Источник: Belgian Health Care Knowledge Centre (5).

Контекст политики, цели и заинтересованные стороны

Проведению ОДСЗ в Бельгии предшествовали и способствовали два важных события. Одним из них стало заключение в 2008 г. коалиционным правительством соглашения в отношении обязательства регулярно оценивать деятельность системы здравоохранения на основании измеримых целей. Вторым было подписание Бельгией Таллиннской хартии «Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния» (6), в которой правительство обязалось обеспечивать прозрачность и подотчетность деятельности системы здравоохранения на основании измеримых результатов.

ОДСЗ 2009 г. стала первой в своем роде комплексной оценкой деятельности системы здравоохранения Бельгии. До этого концепция «деятельности» сектора здравоохранения была деликатной темой, поскольку такая оценка порой вызывала беспокойство заинтересованных партнеров системы здравоохранения, в первую очередь – лиц, традиционно принимающих решения в этой сфере. Например, в бельгийской системе здравоохранения исторически важную роль играют региональные и местные органы власти, и система становится все более децентрализованной в таких аспектах, как длительная медико-санитарная помощь, уход по нетрудоспособности и реабилитация. Поставщики медико-санитарной помощи на протяжении длительного времени пребывали в достаточно комфортном положении, когда независимые оценки качества и эффективности медико-санитарной помощи проводились лишь в ограниченном формате, поскольку большая часть политических решений в отношении объема помощи и возмещения расходов принималась вместе со страховыми компаниями. Оценка деятельности на уровне страны могла повлечь за собой изменение традиционных ролей федеральных, региональных и местных субъектов в конечной оценке результатов деятельности, а также поставить их перед нелицеприятными фактами низкой эффективности и качества деятельности. Существовали опасения, что такие изменения могут повлиять на распределение средств между регионами или поставщиками медико-санитарной помощи.

Однако прогнозирование институциональных последствий для эффективности деятельности не было конечной целью первой ОДСЗ в Бельгии. Задача оценки заключалась, скорее, в том, чтобы наладить сотрудничество между заинтересованными сторонами для достижения единого

понимания деятельности системы всеми поставщиками медико-санитарной помощи, страховыми компаниями и администраторами, занимающимися вопросами социального обеспечения и общественного здравоохранения на местном, региональном и федеральном уровне. Помимо этого, ОДСЗ должна была создать платформу для установления целей системы здравоохранения в будущем.

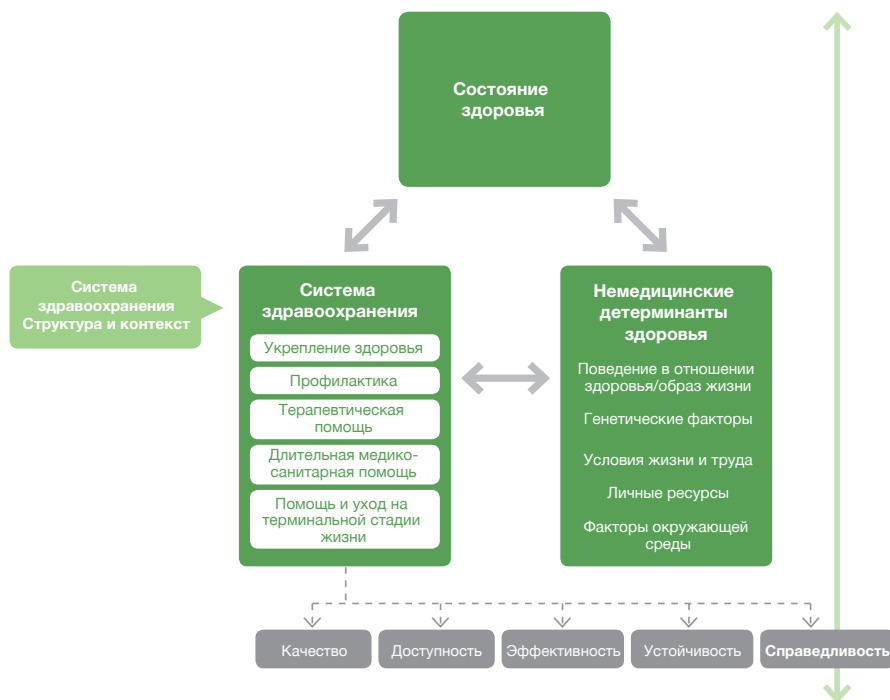
В процессе ОДСЗ приняли участие Национальный институт медицинского страхования и страхования от нетрудоспособности и Министерство здравоохранения. В группу подготовки ОДСЗ вошло несколько авторитетных экспертов. ОДСЗ пользовалась серьезной политической поддержкой, и в процессе оценки систематически участвовал целый ряд заинтересованных сторон. Это отчасти обусловлено тем, что оценка была начата с акцента на содействие широкому участию и отзывам сторон в ходе процесса. Подготовкой отчета занимались технические сотрудники, а политическая рабочая группа каждые два-три месяца проводила совещания с представителями федеральных и региональных властей. Для обсуждения прогресса дважды в год проводились «межминистерские конференции по здравоохранению» – политические форумы, в которых участвовали все министры и где обсуждались ключевые проблемы здравоохранения и принимались совместные решения. Это дало возможность информировать все заинтересованные стороны процесса и получать от них надлежащее содействие.

Разработка системы и модели осуществления ОДСЗ

Система ОДСЗ разрабатывалась при содействии экспертов и с учетом опыта ОДСЗ в Австралии, Англии, Канаде, Нидерландах, Новой Зеландии, США и Швеции, а также международных организаций, включая Организацию экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), Фонд Содружества, Европейскую комиссию и ВОЗ. Важным шагом стало проведение вводной консультации с независимыми экспертами, которые дали следующие рекомендации по проведению ОДСЗ в Бельгии (4):

- Необходимо четко определить круг конечных пользователей ОДСЗ.
- Цели должны быть ясно сформулированы и представлены в порядке приоритетности.
- Сферой охвата ОДСЗ должна быть вся система здравоохранения, а не только медико-санитарная помощь.
- Система оценки должна объединять общенациональные, региональные и местные подходы к деятельности.
- Система должна совмещать в себе элементы систем, которые используются в Нидерландах и в Канаде; помимо этого, к ней должны быть добавлены аспекты деятельности, связанные с кадровыми ресурсами, устойчивостью, стратегическим руководством, интеграцией всех органов здравоохранения в стране и интеграцией охраны здоровья во все государственные программы.

Рисунок 3: Система оценки деятельности системы здравоохранения Бельгии



Источник: Vluyen et al. (4).

Таким образом, система ОДСЗ в Бельгии основывается на применении международного опыта в контексте национальной системы здравоохранения. Было названо три взаимосвязанные основы системы оценки: состояние здоровья, немедицинские детерминанты здоровья и система здравоохранения. Система здравоохранения, в свою очередь, состоит из пяти областей: укрепление здоровья, профилактика, терапевтическая помощь, длительная медико-санитарная помощь и помощь и уход на терминальной стадии жизни. Деятельность системы здравоохранения рассматривается с точки зрения четырех основных аспектов: качество, доступность, эффективность и устойчивость. Качество медико-санитарной помощи делится на пять аспектов: эффективность, актуальность, безопасность, ориентированность на пациента и преемственность. Общим для всех сфер аспектом является справедливость (см. рис. 3).

Главным недостатком того, что ОДСЗ в Бельгии отталкивалась от теоретической модели, был недостаточный охват оценкой некоторых аспектов, таких как ориентированность на пациентов, преемственность медико-санитарной помощи и справедливость. Более того, в ходе оценки первоочередное влияние не уделялось тем проблемам, решение которых требует немедленных решений в области политики. Для того, чтобы результаты ОДСЗ в Бельгии могли систематически приниматься во внимание при планировании изменений в сфере политики, методология

оценки, включая сбор и использование данных об эффективности деятельности, требует дальнейшей доработки.

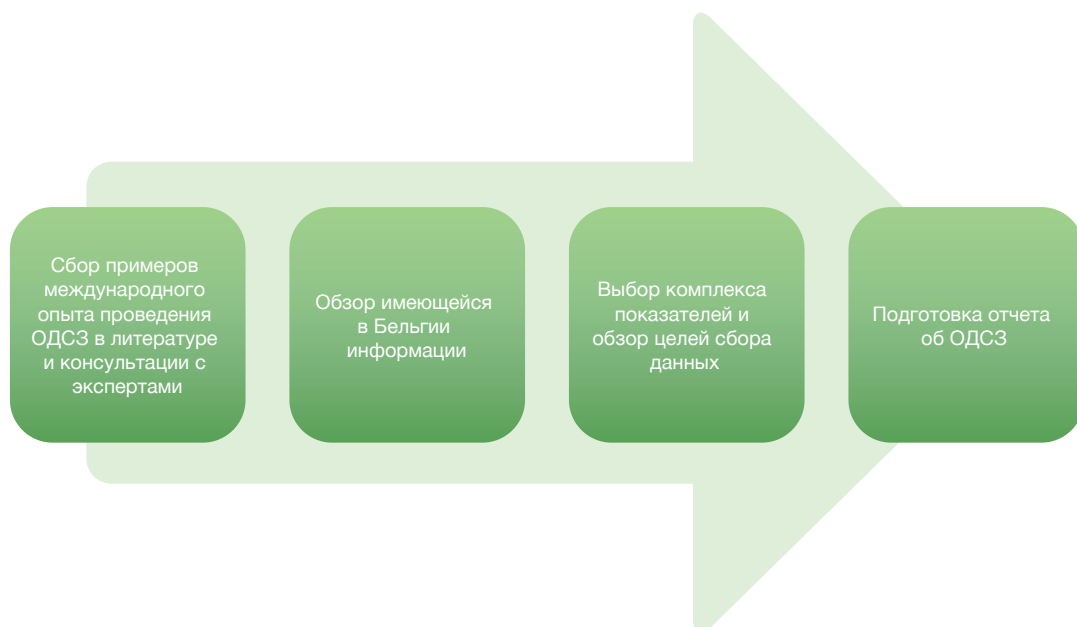
Проведение ОДСЗ и дальнейшие шаги

Этапы процесса ОДСЗ

Процесс ОДСЗ в Бельгии осуществлялся по тщательно спланированной схеме (см. рис. 4). На стадии планирования был проведен обзор литературы, что позволило собрать немало ценной информации об имеющемся международном опыте оценки деятельности. За обзором последовали консультации с международными экспертами по вопросам, связанным с конкретными примерами проведения оценок. На основании анализа примеров различных стран была составлена матрица концептуальной базы оценки, которая была представлена на рассмотрение на первом совещании независимых экспертов в октябре 2008 г.

Система показателей деятельности, разработанная на базе рекомендаций международных экспертов, была представлена на рассмотрение группы экспертов в декабре 2008 г. Центр информации о медико-санитарной помощи с участием экспертов на федеральном и региональном уровне подготовил набор основных показателей. Помимо прочего, выбор показателей основывался на наличии данных. На местном, региональном и федеральном уровне было проведено обследование для оценки возможности сбора данных по выбранным показателям.

Рисунок 4: Основные этапы процесса ОДСЗ в Бельгии



Оно еще раз указало на важность использования единого инструмента, который был бы доступен всем органам управления.

Источники данных

Национальный институт медицинского страхования и страхования от нетрудоспособности предоставил данные о финансовых показателях, характеристиках пациентов, обращении за услугами и госпитализации. Обследования, проводившиеся в форме интервью по вопросам здравоохранения каждые четыре года, обеспечили замещающие показатели заболеваемости и использования лекарств и медицинских процедур. Органы власти на региональном и местном уровне сами собирают данные о состоянии здоровья населения. Для того, чтобы оптимизировать использование региональных данных на национальном уровне, были усовершенствованы положения в отношении разглашения и интерпретации данных региональными органами власти.

В интересах ОДСЗ была начата официальная процедура стандартизации определения «врача», а также Министерством здравоохранения и другими общенациональными структурами был запущен скоординированный процесс сбора данных о врачах для выработки политики.

По-прежнему отмечается повсеместный дефицит данных об оказании медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях и о заболеваемости, за исключением данных по некоторым заболеваниям, для которых существуют специальные программы (например, хроническая почечная недостаточность и сахарный диабет). Похожие проблемы с наличием данных существуют и в отношении детерминант здоровья и социальной справедливости. Данные о качестве помощи при онкологических заболеваниях собирались КСЕ в рамках нескольких исследований в контексте реализации Национальной программы борьбы с раковыми заболеваниями на 2008-2010 гг. Эти же исследования легли в основу показателей ОДСЗ по качеству медико-санитарной помощи при лечении некоторых видов рака. Одним из приоритетов будущих ОДСЗ будет устранение пробелов в обеспеченности данными и повышение взаимной совместимости источников данных.

Результаты и рекомендации

Первый отчет об ОДСЗ дал неоднозначные результаты. С одной стороны, большинство показателей говорит об улучшениях, особенно что касается повышения охвата иммунизацией, снижения распространенности случаев метициллин-резистентного золотистого стафилококка (MR3C) и повышения безопасности пациентов. С другой стороны, эффективность в некоторых других сферах значительно ниже средних показателей по Европейскому региону. В качестве двух примеров такого отставания можно назвать относительно высокий уровень выплат из собственного кармана по сравнению со всеми расходами на здравоохранение и относительно большую продолжительность госпитализации. Более того, сравнительно высоким (и все еще растущим) является воздействие радиации от медицинского оборудования при проведении рентгеновских снимков и КТ. Это очень наглядно демонстрирует недостаточную эффективность применения медицинских технологий и, соответственно, деятельности системы, поскольку показатели применения технологий существенно варьируются между регионами и между городами.

Более того, показатели профилактики и лечения рака также говорят о слабости системы. Уровень охвата скринингом на предмет рака в Бельгии ниже, чем в других странах. Имеются существенные вариации в охвате скринингом между регионами страны, поскольку программы скрининга составляются, главным образом, на региональном уровне. Исходя из полученных данных, в ОДСЗ рекомендуется принять дополнительные меры для повышения уровня охвата скринингом на предмет раковых заболеваний. Данные о показателях пятилетней выживаемости по некоторым видам рака за 2010 г. отсутствовали, равно как отсутствовали, в основном, и общенациональные данные о смертности от рака. В то же время ожидается, что качество отчетности по этим данным улучшится после завершения и конечной оценки Национального плана по борьбе с раковыми заболеваниями на 2008-2010 гг. и достижения определенных успехов в отчетности о причинах смертности и сборе данных о заболеваемости раком на основании канцер-регистров.

Значение для политики

Результаты оценки и рекомендации, содержащиеся в отчете об ОДСЗ 2010 г., оказали как прямое, так и косвенное влияние на политику. Например, высокие показатели деятельности в отношении снижения заболеваемости МРЗС и соответствующие рекомендации ОДСЗ способствовали решению о продолжении кампаний общественного здравоохранения за рациональное использование антибиотиков.

Также Бельгия активизировала нацеленные на пациентов и поставщиков медико-санитарной помощи общенациональные информационные кампании по проблеме высокого уровня излучения от КТ и рентгеновских установок. В отчете об ОДСЗ для снижения уровня излучения рекомендуется использовать альтернативные медицинские технологии, такие как УЗИ или МРТ, и одновременно с этим содействовать расширению прав и возможностей пациентов, чтобы те могли играть более активную роль в принятии решений об оказании помощи. Исходя из этого, можно предположить, что ОДСЗ могла стимулировать дополнительные научные исследования в отношении региональных вариаций уровня медицинского излучения, а также привлечь внимание медицинских работников и населения к высокому уровню излучения при проведении рентгеновских снимков и компьютерной томографии.

ОДСЗ 2010 г. способствовала улучшению координации между общенациональными и региональными органами здравоохранения Бельгии, а также подняла на более высокий уровень межсекторальный диалог по вопросам охраны здоровья. Более того, общенациональный процесс ОДСЗ позволил больше узнать о межрегиональных вариациях в программах медико-санитарной помощи.

Важным достижением стала политическая готовность регулярно проводить ОДСЗ каждые два года; скорее всего, эта готовность политиков сохранится и в свете последних усилий (по состоянию на 26 июля 2011 г.) сформировать новое правительство и в свете будущих изменений в его составе.

Присущие бельгийскому подходу ограничения и дальнейшие действия

Большая часть факторов, ограничивающих возможности ОДСЗ в Бельгии, связана с наличием данных. Показатели были весьма рационально выбраны на основании международных сравнений, а не в строгом соответствии с требованиями концепции системы показателей деятельности. Вследствие этого некоторые аспекты и суб-аспекты системы (такие как ориентированность на пациентов, преимущество помощи, социальная справедливость и детерминанты здоровья) не в полной мере соответствуют выбранным показателям. Учитывая децентрализацию процесса принятия решений в стране, было сложно учесть такой показатель, как справедливость использования ресурсов и результатов для здоровья между регионами и между местными сообществами. Помимо этого, в стране не проводится систематический сбор данных (или же эти данные не точны) в таких сферах медико-санитарной помощи, как помощь и уход на терминальной стадии жизни и помощь хронически больным и пожилым пациентам, а также психиатрическая медико-санитарная помощь. В конечном счете это привело к тому, что из 55 выбранных показателей деятельности в отчете об ОДСЗ не было представлено 11. Одним из приоритетов для дальнейших действий станет разработка более конкретных и актуальных показателей и продолжение оценки тенденций в системе здравоохранения и сравнения этих тенденций в Бельгии с таковыми в других странах.

В целом, власти Бельгии сочли результаты оценки внушающими оптимизм и решили продолжить ОДСЗ. Была начата работа над следующим, более полным отчетом, который будет опубликован в 2012 г. Эта оценка ставит перед собой две цели. Во-первых, необходимо усовершенствовать и адаптировать к условиям системы здравоохранения Бельгии комплекс показателей, при этом продолжая мониторинг тенденций в отношении деятельности. Вторая цель заключается в том, чтобы включить в оценку сферы и аспекты, не затронутые в отчете 2010 г., в частности, расширив ныне относительно узкий функциональный подход от только медико-санитарной помощи к более широким детерминантам здоровья и учету интересов охраны здоровья в политике всех секторов (7).

Таким образом, следующий этап ОДСЗ будет нацелен на сохранение политической приверженности превращению оценки в регулярный процесс, на повышение прозрачности системы здравоохранения для всех ее пользователей и на повышение уровня подотчетности учреждений здравоохранения. Ожидается, что следующий отчет об ОДСЗ будет активно обсуждаться и на федеральном, и – что особенно важно – на региональном уровне. Для того, чтобы получить более полную картину деятельности системы, следующая ОДСЗ должна будет устранить пробелы в данных и учесть при анализе данных региональные различия в государственных стратегиях и программах (в том числе в отношении длительной, первичной помощи и психиатрической медико-санитарной помощи). Вероятно, что после дальнейшей доработки методологии результаты ОДСЗ и данные в отчете рекомендации могут быть более широко использованы в процессе выработки политики. Например, результаты оценки могут стимулировать дальнейшие изменения в области выполняемых функций и оплаты труда в зависимости от проделанной работы в сторону платы за достижение результатов.

ПОЛУЧЕННЫЙ ОПЫТ

- Международное сотрудничество и критический анализ подходов к ОДСЗ в других странах позволил бельгийской группе по проведению ОДСЗ сберечь немало времени и ресурсов, хотя такой подход вынудил их пойти на компромисс в отношении охваченных оценкой аспектов деятельности. В будущем важно будет более четко сосредоточиться на показателях, актуальных именно для условий Бельгии. Помимо этого, следующая ОДСЗ будет проводиться тематическими рабочими группами.
- Процесс ОДСЗ не обязательно должен начинаться с четко сформулированных целевых показателей.
- Огромную роль в подготовке, представлении и использовании отчета об ОДСЗ сыграло участие экспертов и активное сотрудничество между национальными, региональными и местными властями. Возможно, что для укрепления такого сотрудничества может потребоваться учитывать при формулировании целей ОДСЗ особенности каждого из этих уровней, активнее использовать субнациональные данные и принимать во внимание при оценке деятельности региональные различия в программах и оказании медико-санитарной помощи.
- Будучи процессом, основанным на сотрудничестве, ОДСЗ способствовала единому пониманию деятельности системы здравоохранения на национальном и субнациональном уровнях, деятельности системы в Бельгии по сравнению с другими странами, а также основных вопросов, требующих особого внимания при разработке программ, целей для улучшения системы здравоохранения и имеющихся пробелов в данных о системе.
- Пробелы в обеспеченности данными и недоработки системы ограничили возможности первого отчета об ОДСЗ, который был посвящен, главным образом, системе медико-санитарной помощи, и при этом не затрагивал другие детерминанты здоровья и социальной справедливости. В следующем отчете эти ранее неучтенные детерминанты здоровья и справедливости получат надлежащее внимание, а также будет рассмотрен вклад в охрану здоровья других секторов помимо медико-санитарной помощи.
- Наконец, ОДСЗ 2010 г. стимулировала обсуждение и критическое осмысление природы данных, которые должны быть сделаны доступными на международном уровне, а также способов оптимального использования имеющихся в стране баз данных и создания на их основе стандартизированного информационного инструмента для местных, региональных и федеральных органов власти.

ОДСЗ В КЫРГЫЗСТАНЕ

ИССЛЕДОВАНИЯ И ОЦЕНКИ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ПОЛИТИКИ И НАПРАВЛЕНИЙ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ, ДОПОЛНЯЮЩИЕ РЕГУЛЯРНЫЙ МОНИТОРИНГ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Введение

В Кыргызстане ОДСЗ представляет собой регулярную плановую процедуру, проводимую в контексте различных программ сектора здравоохранения. Процесс оценки состоит из ежегодного мониторинга состояния здоровья и системы здравоохранения, ежегодной проверки Министерством здравоохранения и партнерами в области развития, и дополнительных исследований по оценке системы и политики. Ежегодный мониторинг, основанный на комплексе показателей здоровья и деятельности системы здравоохранения, осуществляется Министерством здравоохранения. Министерство вместе с партнерами в области развития, которые участвуют в финансировании программ сектора здравоохранения, совместно оценивают прогресс этих программ на основании установленных показателей. Оценка заключается в анализе прогресса в достижении определенных значений показателей и целей, определении возможностей в отношении политики и согласовании приоритетов для будущих исследований.

Детальный анализ политики здравоохранения и конечная оценка программ осуществляется под руководством Центра анализа политики здравоохранения (ЦАПЗ), общественной организации, которая хотя и не подчиняется напрямую правительству страны, но тесно с ним связана. Представители Министерства здравоохранения входят в контрольный совет Центра и участвуют в разработке годового плана работы ЦАПЗ, определяя, какие исследования будут проводиться Центром. ЦАПЗ был создан в 2000 г. в рамках проекта ВОЗ, и спустя четыре года вошел в

Врезка 4. Мониторинг и конечная оценка системы здравоохранения в Кыргызстане

Мониторинг системы здравоохранения Кыргызстана представляет собой регулярный контроль Министерством здравоохранения продуктов программ сектора здравоохранения (то есть прямых результатов реализации программ), полезных эффектов программ и их конечных результатов. Контроль осуществляется путем сбора учетных данных и отчетов по измеримым характеристикам (показателям).

Оценка эффективности системы здравоохранения Кыргызстана состоит из двух типов мероприятий. Во-первых, это проводимые время от времени исследования по установлению связи между продуктами системы здравоохранения и конкретными программами и вмешательствами. Такие оценочные исследования обычно посвящены конкретным программам здравоохранения, например, в области финансирования или первичной медико-санитарной помощи. Во-вторых, конечная оценка может принимать вид периодических аналитических исследований конкретных сфер политики системы здравоохранения, таких как анализ форм организации в Кыргызстане групповой практики или анализ среднесрочной финансовой устойчивости гарантированного государством пакета медико-санитарной помощи.

состав Министерства здравоохранения. В 2009 г. Центр стал независимым фондом, чьей главной задачей были анализ и оценка политики здравоохранения. Отделение функций мониторинга от функций конечной оценки и передача их общественной организации было призвано обеспечить независимость и объективность результатов исследований, сохранив при этом возможность получать рекомендации от официальных лиц, вырабатывающих политику, по вопросам масштаба и охвата исследований в области политики здравоохранения (врезка 4).

Контекст политики, цели и заинтересованные стороны

На протяжении последних 10 лет главным катализатором мониторинга и конечной оценки системы здравоохранения Кыргызстана были различные программы в секторе здравоохранения. В период с 1995 по 2010 г. в стране последовательно реализовывались две программы в секторе здравоохранения: «Манас» (с 1995 г. до конца 2005 г.) и «Манас таалими» (2006-2010 гг.). Следующая секторальная программа начнется в 2011 г (рис.5).

Интерес к мониторингу и конечной оценке системы здравоохранения возник в первые годы осуществления программы «Манас». Отчасти он был обусловлен тем, что международные доноры начали требовать проведения такого мониторинга и конечной оценки для определения полезного эффекта от внешнего финансирования и принятия решений в отношении его продолжения. Всемирный банк и правительство Кыргызстана заключили соглашение о проведении мониторинга и оценки первого пилотного проекта, призванного оценить возможность внедрения системы обязательного медицинского страхования, в Иссык-Кульской области. Это было

Рисунок 5: Основные элементы мониторинга и оценки системы здравоохранения Кыргызстана



Источник: М. Jakab (2010) (27)

обязательное условие для получения дополнительного финансирования для расширения пилотного проекта еще на две области (28). В конечном счете, решение о расширении программы было принято без проведения официальной оценки эффективности, однако в подготовленном Всемирным банком отчете об оценке содержались рекомендации об использовании для оценки эффекта реформ в области финансирования и оказания услуг набора показателей. В этот набор показателей вошли, например, данные о госпитализации, средней продолжительности пребывания в больнице, количестве вторичных направлений, количестве амбулаторных пациентов, доле всех ресурсов здравоохранения, выделяемой на первичное звено, количестве сокращенных коек и закрытых лечебных учреждений, количестве созданных групп семейной практики и доле населения, охваченного этими группами семейной практики (27).

Начиная с 1995 г. (особенно после 1997 г.) ВОЗ также начала содействовать процессу оценки эффективности реформ в области финансирования здравоохранения, начатых в Иссык-Кульской области. После утверждения в 1996 г. первого проекта плана программы «Манас» Европейское региональное бюро ВОЗ стало проводить периодические оценки результатов реформ здравоохранения. В то же время, это скорее были обзоры качества, а не полноценные формализованные оценки. Систематический и детальный мониторинг с оценкой начался в 2000 г., когда Министерство международного развития (DFID) Соединенного Королевства подготовило проект в области политики здравоохранения.

Исходная система мониторинга и оценки была создана на базе структуры для оценки проекта Всемирного банка, утвержденной в 2000 г. При поддержке DFID проект был расширен до уровня всего сектора здравоохранения. В 2000 г. DFID оплатило приглашение к участию в проекте постоянного консультанта по вопросам политики ВОЗ, чьей задачей было предоставление технической помощи и координация деятельности кыргызской группы по анализу политики и международных экспертов, занимающихся расширением модели мониторинга и оценки сектора здравоохранения. В «Докладе о состоянии здравоохранения в мире 2000 г.» (2) была приведена концептуальная основа, в которой система здравоохранения была разделена на функции, задачи и измеримые цели. Во Врезке 5 вкратце описываются роли различных заинтересованных сторон в создании и развитии системы мониторинга и оценки.

Первый полный набор показателей (около 200) был разработан в 2002 г. Они предназначались для оценки достижения целей и задач программы реформирования системы здравоохранения «Манас» и обеспечения максимальной прозрачности этого прогресса для официальных лиц, вырабатывающих политику в стране, и доноров. Набор показателей создавался на базе компонентов проекта Всемирного банка с участием представителей Фонда обязательного медицинского страхования, Санитарно-эпидемиологической службы, Республиканского центра укрепления здоровья, Республиканского медико-информационного центра, ВОЗ и международных доноров. Показатели выбирались на основании наличия данных, а также было решено провести обследования среди домашних хозяйств по вопросам расходов на медико-санитарную помощь, обследования среди пациентов по вопросам неформальных платежей и мониторинговые исследования качества помощи и потребления коммунальных ресурсов больницами.

Врезка 5. Роли заинтересованных сторон в создании и развитии системы мониторинга и оценки в Кыргызстане

- Международные доноры затребовали фактические данные об эффективности использования выделенных средств для принятия решений в отношении объема и направления дальнейшего финансирования.
- ВОЗ выступила в роли координатора и ведущего процесса и предоставила концептуальные модели и технический опыт в области мониторинга и оценки системы здравоохранения.
- Официальные лица, вырабатывающие политику, в Кыргызстане сформулировали потребность в проведении детальных исследований и укреплении организационно-кадрового потенциала для мониторинга системы здравоохранения.
- Кыргызские технические эксперты создали инфраструктуру и условия для оценки эффективности системы здравоохранения.

Мониторинг и оценка стали неотъемлемыми составляющими всех последующих реформ здравоохранения, таких как, например, пилотного проекта по внедрению официальных со-платежей со стороны пациентов и схемы льготного обеспечения лекарственными средствами в амбулаторных условиях в рамках медицинского страхования.

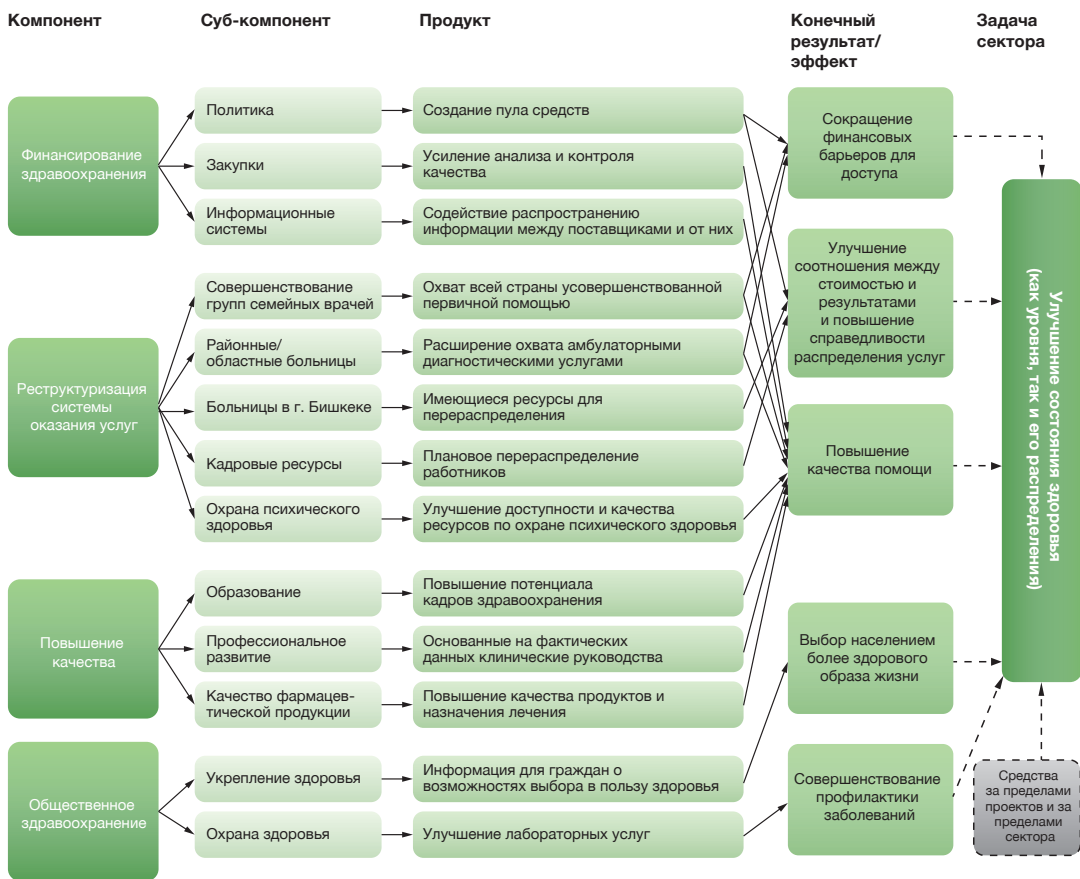
Одним из важных достижений процесса оценки в Кыргызстане можно назвать то, что партнеры по программе реформы сектора здравоохранения пришли к единому мнению о том, как должен проводиться процесс мониторинга и оценки. Последние два года процесс использует уже не столь обширный набор показателей.

Разработка системы и модели осуществления ОДСЗ

Модель системы мониторинга и оценки программ здравоохранения основывалась на проекте, финансируемом Всемирным банком. Функции системы здравоохранения представлены в ней в виде компонентов программы и далее поделены на суб-компоненты (см. рис. 5). Включение в систему проекта Всемирного банка модели ОДСЗ, представленной в «Докладе о состоянии здравоохранения в мире 2000 г.», позволило расширить ее от оценки проекта до оценки целого сектора. Задачи сектора были в полном объеме взяты из «Доклада о состоянии здравоохранения в мире 2000 г.», и особый акцент был сделан на проблеме бедности и эффективности деятельности на общенациональном уровне (2): это улучшение состояния здоровья населения; повышение социальной справедливости в отношении здоровья, особенно для лиц, живущих за чертой бедности, и неблагополучных групп населения; защита от чрезмерных расходов на услуги здравоохранения из собственного кармана; повышение отзывчивости системы здравоохранения (показатели затрагивают аспекты отзывчивости, уважения к пациентам и учета их интересов); и повышение рациональности и долгосрочной финансовой устойчивости системы. Эти глобальные задачи системы были объединены с компонентами и суб-компонентами проекта посредством промежуточных целей, или, следуя терминологии Всемирного банка, результатов, связанных с задачами и продуктами суб-компонентов. Были сформулированы показатели для результатов и методы для оценки факторов, определяющих эти результаты (то есть причинно-следственной связи). Модель системы и ее связь с задачами в области улучшения состояния

здоровья (то есть справедливости в отношении уровня здоровья и его распределения) представлена на рисунке 6. Существуют и другие похожие схемы связи с задачами в области финансовой защиты и отзывчивости.

Рисунок 6. Модель мониторинга и оценки системы здравоохранения и программ здравоохранения в Кыргызстане; улучшение состояния здоровья



Источник: Kutzin J. (2002) (29)

В то время как модель системы, предложенной ВОЗ, предполагала целостный и согласованный подход к задачам системы, который был приемлемым и для страны, и для доноров, показатели, взятые из «Доклада о состоянии здравоохранения в мире 2000 г.» (2), представляли собой элементы, имеющие отношение только к итоговым целям системы здравоохранения. Для того, чтобы адаптировать систему к общенациональному уровню, были предприняты два важных шага: установление промежуточных целей, которые были бы более тесно связаны с конкретными целями реформ в стране, и выработка комплекса предполагаемых причинно-следственных связей между планируемыми реформами и конкретными целями реформ в Кыргызстане. Этот

второй шаг отражал компонент оценки системы мониторинга и оценки, который должен был стать основой для оценочных исследований, призванных содействовать реформам. Таким образом, модель осуществления ОДСЗ включала и набор показателей, специально адаптированных к системе здравоохранения Кыргызстана, и серию оценочных исследований, которые должны объяснить причины изменений и способствовать адаптации реформ с течением времени.

В своем окончательном варианте модель осуществления состоит из трех отдельных направлений работы, которые вместе и составляют комплексную и регулярную оценку деятельности системы здравоохранения. Элементы процесса, связанные с мониторингом, основаны на комплексе показателей, которые были совместно установлены донорами программ сектора здравоохранения и кыргызскими официальными лицами, вырабатывающими политику. Эти показатели отражают задачи программы сектора здравоохранения на уровне полезного эффекта и конечных итогов, и они соединены с целями программы сектора здравоохранения. Компоненты программы сектора здравоохранения отражены на уровне продуктов, процесса и вводимых факторов (см. Таблицу 6).

Такой трехсторонний подход позволил полностью согласовать систему мониторинга и оценки с приоритетами реформирования национальной системы здравоохранения, а также благодаря ему были достигнуты широкий консенсус и гармонизация системы со структурой выработки политики. В то же время подход породил и определенные сложности. Одна из его слабых сторон, например, заключается в том, что система мониторинга и оценки ориентируется на наличие данных, которые сконцентрированы, главным образом, в областях, традиционно привлекавших

Таблица 6. Примеры показателей из набора основных показателей 2009 г. на уровне полезного эффекта, продуктов и конечных итогов программы

Показатель эффекта	Показатель конечного итога	Показатель продукта деятельности
Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в возрасте 30–39 лет	Качество медико-санитарной помощи: охват иммунизацией к возрасту 2 года	Стратегическое управление: количество исследовательских проектов, проведенных по поручению Министерства здравоохранения и использованных в решениях в области политики
Здоровье детей: смертность в возрасте до 5 лет	Повышение доступности и справедливости помощи: % людей, не обращающихся за помощью по причинам финансового характера и из-за труднодоступности лечебных учреждений	Эффективность укрепления здоровья: количество (%) районных центров и городов, охваченных программами укрепления здоровья
Материнская смертность: уровень материнской смертности	Повышение эффективности: прямые расходы на оказание помощи пациентам (лекарства, медицинские материалы и питание) как % государственных расходов на больницы	Эффективность укрепления здоровья: % обогащенной железом муки первого и высшего сорта от всей потребляемой муки
Смертность от туберкулеза на 100 000 населения	Повышение прозрачности услуг: % пациентов в стационаре, которые официально платят медицинским работникам за лекарства и медицинские материалы	Повышение медико-санитарной грамотности: количество дипломированных семейных медсестер на 10 000 населения/их соотношение к общему количеству работников со средним медицинским образованием

Источник: *Kyrgyz Republic manas taalimi national health reform program indicator package 2009 (30)*.

наибольшие капиталовложения со стороны государства. Например, несмотря на то, что в Кыргызстане растет бремя неинфекционных заболеваний, меры профилактики направлены, главным образом, на инфекционные заболевания. К сожалению, во многих сферах, связанных с укреплением здоровья, а также с первичной и вторичной профилактикой, объем имеющихся данных ограничен. Значительные пробелы в данных наблюдаются и в области качества медико-санитарной помощи. Существующая система мониторинга охватывает некоторые показатели поведения в отношении здоровья и качества помощи, но основной ее акцент делается, все же, на “поддающихся измерению” сферах, и поэтому система не всегда уделяет должное внимание тем сферам, которые нуждаются в более существенных капиталовложениях и изменениях.

Осуществление и эффект

С 2009 г. мониторинг и оценка стали отдельными, но при этом дополняющими друг друга процессами, и их осуществлением ныне занимаются разные структуры: мониторинг осуществляет Министерство здравоохранения, тогда как оценкой эффективности занимается ЦАПЗ. Обзор и обсуждение успехов проводится «саммите», в котором принимают участие основные национальные и международные партнеры по программам в секторе здравоохранения.

Саммиты проводятся два раза в год для согласования приоритетов и определения (или изменения) направления действий, утверждения годовых планов работы различных программ и оценок и оценки вклада тех или иных партнеров в реализацию программы. Также на саммитах устанавливаются и анализируются причины отсутствия прогресса или невыполнения целевых показателей. При отсутствии прогресса или невыполнении целевых показателей участники совещаний вместе изучают и обсуждают свои действия, приведшие к таким результатам, не занимаясь при этом поиском и наказанием виновных: участники процесса сочли важным не допустить возвращения к культуре наказания за ошибки, существовавшей в советскую эпоху.

Ответственность за проведение мониторинга лежит на Отделе стратегического планирования и реформ Министерства здравоохранения Кыргызстана. Отдел регулярно собирает данные с помощью уже имеющихся информационных систем – главным образом, это Центр медицинской информации (РЦМИ), куда поступают данные о состоянии здоровья и медико-санитарной помощи от поставщиков медико-санитарной помощи, и Фонд обязательного медицинского страхования, который собирает данные в области финансирования здравоохранения. В стране регулярно проводятся обследования среди домашних хозяйств и пациентов, и эти данные используются компонентами инструмента мониторинга, связанными с финансированием здравоохранения. Данные по некоторым болезням предоставляются специализированными центрами. Международными организациями и учреждениями, занимающимися вопросами развития, высказывались призывы внедрить в секторе здравоохранения интегрированную и независимую систему на базе информационных технологий, ответственность за использование которой лежала бы на Фонде обязательного медицинского страхования. Однако установлению стабильной поддержки мониторинга со стороны официальных лидеров препятствуют несколько факторов, и одним из них является высокая текучесть министерских сотрудников высокого уровня. Помимо этого, чиновники среднего уровня нуждаются в дополнительной подготовке и обучении.

Отдел, ответственный за оценку эффективности, прошел три этапа развития, перед тем, как в 2009 г. стать, наконец, ЦАПЗ. На всех этапах своего развития это учреждение было относительно неплохо укомплектовано сотрудниками (5-12 аналитиков), состав которых менялся незначительно. Центр возник как проект ВОЗ, в котором работали местные сотрудники организации и постоянный консультант ВОЗ по вопросам политики, в 2001 г. возглавивший команду. Обеспечение стабильности мониторинга и оценки системы потребовало создания хорошо укомплектованного отдела анализа политики здравоохранения, который взял бы на себя эту функцию после ухода из проекта постоянных работников ВОЗ. Поэтому спустя четыре года процесс мониторинга и оценки системы здравоохранения Кыргызстана был выведен на следующий уровень институционализации, когда отдел вошел в состав Центра развития системы здравоохранения. Центр входил в состав Министерства здравоохранения, сохраняя при этом определенную независимость; однако эта степень независимости оказалась для команды специалистов по оценке недостаточной, и таким образом в 2009 г. был создан ЦАПЗ.

ЦАПЗ – это частная некоммерческая организация, не подчиняющаяся правительству. В ее наблюдательный совет входят представители Министерства здравоохранения и фонда медицинского страхования, благодаря чему Центр тесно связан с политикой в области здравоохранения. Отделение функции оценки от органов государственного управления было призвано повысить объективность оценки и актуальность ее результатов. С 2001 г. ЦАПЗ подготовил 24 кратких аналитических обзора, 68 научных публикаций и комплекс для мониторинга. Центр осуществляет исследовательскую деятельность в таких сферах, как бедность и справедливость, финансирование здравоохранения, эффективность государственного сектора здравоохранения, оказание услуг здравоохранения, кадровые ресурсы и общественное здравоохранение.

Следует отметить, что финансовая и административная независимость ЦАПЗ от Министерства здравоохранения позволяет центру с помощью средств на непредвиденные расходы быстро мобилизовать своих сотрудников и провести срочно понадобившийся анализ той или иной программы, оперативно предоставляя фактические данные для выработки политики, в то время как для государственной организации такая задача может оказаться непосильной.

Мониторинг и оценка системы здравоохранения Кыргызстана для укрепления организационно-кадрового потенциала ОДСЗ и установления связи между программами и задачами системы здравоохранения представляют собой национальный процесс, который проводится с относительно незначительным участием в нем независимых консультантов. Первоначально это делало процесс весьма трудоемким и длительным, но потом укрепление национального потенциала и самостоятельности системы позволило институционализировать мониторинг и оценку в Кыргызстане до такой степени, чтобы в будущем эти функции могли стать самостоятельными и устойчивыми.

В качестве примеров использования результатов мониторинга и оценки в процессе принятия программных решений можно привести следующее. В 2000 г. данные обследования среди домашних хозяйств и поставщиков медико-санитарной помощи показали, что большая часть домашних хозяйств страны тратит на неофициальные платежи из собственного кармана за

услуги медико-санитарной помощи немалую долю своего располагаемого дохода. Опираясь на эти фактические данные, Министерство здравоохранения смогло убедить правительство, президента страны и парламент поддержать комплексную реформу финансирования системы здравоохранения. Более того, организованный в 2004 г. сбор базовых данных по таким показателям, как финансовое бремя обращения за услугами здравоохранения и масштаб неофициальных платежей, позволил вести мониторинг прогресса реформы финансирования здравоохранения. Реформа предусматривала такие шаги, как снижение финансового бремени медико-санитарной помощи, особенно для беднейших групп населения; снижение случаев неформальных платежей; выравнивание распределения государственных расходов между регионами; увеличение финансирования первичной медико-санитарной помощи и повышение доступности первичной и стационарной помощи. Также результаты мониторинга помогли объяснить населению суть и логику реформ и рассказать ему о своих правах и обязанностях в рамках новой системы финансирования.

Одним из важнейших стратегических результатов последующих раундов оценки деятельности стало то, что общее укрепление системы здравоохранения позволило повысить финансовую защищенность населения и доступность и эффективность услуг здравоохранения. С другой стороны, показанные ОДСЗ результаты для здоровья в таких приоритетных сферах, как сердечно-сосудистые заболевания и здоровье матери и ребенка, вызвали разочарование, и поэтому новая программа для сектора здравоохранения направлена на установление более тесной связи между укреплением системы здравоохранения и его влиянием на результаты для здоровья населения, акцентируя внимание на повышении качества услуг общественного здравоохранения и индивидуальных услуг.

Подводя итоги, можно сказать, что мониторинг и оценка программ здравоохранения позволили достичь широкого консенсуса и согласованности с приоритетами развития системы здравоохранения страны. Модель оценки способствовала также укреплению организационно-кадрового потенциала для мониторинга и оценки системы здравоохранения и установлению культуры выработки политики на основании фактических данных. Во Врезке 6 приведены основные факторы успеха программы мониторинга и оценки в Кыргызстане.

Дальнейшие шаги

Несмотря на несомненную готовность государства продолжить мониторинг и оценку системы здравоохранения в краткосрочном периоде, долгосрочная стабильность ОДСЗ в стране в настоящее время оказалась под вопросом из-за недавних политических перемен и сокращения ресурсов. В бюджете на 2011 г. Министерство здравоохранения выделило финансовые ресурсы на мониторинг и оценку системы здравоохранения, однако в будущем финансирование, скорее всего, будет недостаточно для того, чтобы сохранить нынешние темпы прогресса в условиях постепенного сокращения финансирования со стороны DFID и отбытия постоянного консультанта ВОЗ по вопросам политики. Для сохранения нынешнего уровня мониторинга и оценки системы здравоохранения, особенно оценочных исследований, требуется международная финансовая поддержка.

Врезка 6. Основные факторы успеха мониторинга и оценки в Кыргызстане

- желание и готовность Министерства здравоохранения укреплять организационно-кадровый потенциал системы и осуществлять последовательный и регулярный мониторинг на основании согласованных показателей здоровья и системы здравоохранения;
- дополнение мониторинга оценкой, ориентированной на цели политики, и анализом проводимыми независимым и непредвзятым учреждением, способным быстро адаптироваться к меняющимся потребностям;
- широкое участие заинтересованных сторон в анализе отчетов и показателей, выражающееся в проведении совместных саммитов, позволяющих решать проблемы по мере их возникновения и устанавливать цели и сферы для дальнейшего углубленного исследования;
- основанный на сотрудничестве и использовании фактических данных подход к решению проблем, который обеспечивает подотчетность за выполнение задач, но при этом не предусматривает наказания за их невыполнение;
- согласование системы мониторинга и оценки с национальной программой здравоохранения и, таким образом, с приоритетами системы здравоохранения страны;
- использование всеми национальными и международными заинтересованными сторонами единой модели мониторинга и оценки;
- постепенный, поэтапный процесс институционализации с регулярным анализом и оценкой;
- стабильно высокий уровень внешнего финансирования;
- качественная техническая поддержка извне, со стороны постоянных экспертов, включая экспертов ВОЗ; и
- эффективное сотрудничество с донорами.

ПОЛУЧЕННЫЙ ОПЫТ

- Пример Кыргызстана демонстрирует четко определенный процесс мониторинга системы здравоохранения, дополнительных оценок и углубленных исследований, которые тесно связаны с программами здравоохранения и, таким образом, с приоритетами системы здравоохранения.
- Когда в процессе принимают участие международные организации и источники финансирования, важно, чтобы одно учреждение взяло на себя роль лидера, координирующего процесс и направляющего всех партнеров к единому пониманию мониторинга и оценки.
- Удачным решением может стать отделение мониторинга системы здравоохранения от ее оценки (как с функциональной, так и с институциональной точки зрения), чтобы оптимально использовать институциональный потенциал, обеспечить гибкость и объективность процесса и своевременность и актуальность результатов оценки для принятия решений в области политики.

ОДСЗ В ПОРТУГАЛИИ

ОДСЗ КАК ЭЛЕМЕНТ, ДОПОЛНЯЮЩИЙ НАЦИОНАЛЬНУЮ ПОЛИТИКУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Введение

В 2010 г. ВОЗ и Министерство здравоохранения Португалии совместно опубликовали два доклада о результатах совместной деятельности на протяжении 2008-2010 г. Первый доклад посвящен независимой оценке Национального плана здравоохранения (НПЗ), проведенной ВОЗ (см. врезку 7). Оценка проводилась с лета 2008 г. по лето 2010 г. Второй доклад – отчет об ОДСЗ – готовился в период с зимы 2009 г. по весну 2010 г.; в нем представлен целостный обзор системы здравоохранения, и тем самым этот документ дополняет оценку НПЗ, которая ориентирована в первую очередь на оценку улучшений в области здоровья населения. И ОДСЗ, и оценка НПЗ проводилась под руководством ВОЗ с активным участием португальских экспертов.

В данном примере рассматривается связь между оценкой эффективности НПЗ и ОДСЗ. В частности, в нем будет продемонстрировано, как ОДСЗ используется для сбора фактических данных для разработки НПЗ на 2011-2016 гг.

Врезка 7. НПЗ Португалии на 2004-2010 гг.

НПЗ Португалии на 2004-2010 гг. определяет принципы и стратегии, которыми должны руководствоваться отдельные граждане и организации для улучшения состояния здоровья населения страны в период с 2004 по 2010 г. Главная стратегическая задача плана связана с улучшением состояния здоровья с особым акцентом на укрепление здоровья, профилактику заболеваний и интегрированное ведение болезней. В НПЗ названы четыре приоритетные национальные программы в области здравоохранения (сердечно-сосудистые заболевания, рак, ВИЧ/СПИД и психическое здоровье), а также говорится о необходимости интеграции остальных 18 национальных программ здравоохранения путем повышения эффективности профилактики и лечения хронических заболеваний и укрепления здоровья в таких условиях, как школы, предприятия и организации и места лишения свободы. Осуществлением НПЗ занимается Управление Верховного комиссара по здравоохранению, созданное при Министерстве здравоохранения в 2005 г. для разработки, осуществления, мониторинга и оценки НПЗ. Контроль за реализацией плана осуществляет межминистерский комитет по надзору и обследованиям, созданный в 2006 г. НПЗ был представлен в парламенте страны, где состоялись слушания по его поводу.

Контекст политики, цели и заинтересованные стороны

Оценка НПЗ и ОДСЗ проводятся на основании двухгодичных соглашений о сотрудничестве на 2008-2009 и 2010-2011 гг. между Европейским региональным бюро ВОЗ и Министерством здравоохранения Португалии. Оба проекта посвящены изучению и оценке деятельности системы здравоохранения. Оценка НПЗ представляет собой национальный инструмент планирования, которые применяется в Португалии с 2004 г. для определения роли НПЗ в деятельности

системы здравоохранения. Министерство здравоохранения поручило провести оценку в рамках компонента НПЗ по мониторингу и оценке. По запросу Министерства эта оценка была проведена ВОЗ как независимой стороной. Помимо прочего, оценка также позволяет установить роль национальных планов здравоохранения в деятельности системы.

ОДСЗ задумывалась как проект, дополняющий оценку эффективности НПЗ. Планирование ОДСЗ началось после ратификации Таллиннской хартии «Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния», в которой 53 государства Европейского региона ВОЗ обязались принимать меры по повышению прозрачности деятельности систем здравоохранения и подотчетности за эту деятельность на основании измеримых показателей. В Португалии ОДСЗ стала первым шагом по выполнению обязательств, данных в Таллиннской хартии. Таким образом, и оценка НПЗ, и ОДСЗ поддерживают усилия Министерства здравоохранения по повышению эффективности национальной системы здравоохранения. Благодаря этим двум оценкам были получены данные, которые легли в основу анализа возможностей политики в отношении НПЗ на 2011-2016 гг.

Главными целями ОДСЗ было повышение подотчетности системы здравоохранения перед различными ее составляющими и предоставление данных о сильных и слабых сторонах системы здравоохранения для облегчения принятия решений. Также ОДСЗ преследовала и косвенные, вторичные цели, такие как активизация на уровне министерства диалога о сильных и слабых сторонах системы. Что же касается Управления Верховного комиссара по здравоохранению, то одной из важнейших задач целей было содействие расширению базы фактических данных для создания нового НПЗ на 2011-2016 гг.

В основе ОДСЗ лежат укоренившиеся в стране традиции мониторинга состояния здоровья и программ в области здравоохранения. В то же время, оценкой политики и оценкой некоторых аспектов деятельности системы здравоохранения традиционно занималось португальское научное сообщество.

Структура и модель осуществления ОДСЗ

В португальской модели ОДСЗ за основу была взята система функций, задач и целей системы здравоохранения, разработанная ВОЗ. Она выделяет четыре функции системы здравоохранения (стратегическое управление, финансирование, оказание услуг и генерирование ресурсов), которые способствуют выполнению конечных задач системы (улучшение состояния здоровья как с точки зрения его уровня, так и с точки зрения распределения, повышение отзывчивости, социальная защита и защита от финансовых рисков). Цели системы здравоохранения Португалии были сформулированы на основании целей, представленных в НПЗ.

В основе ОДСЗ лежит набор вопросов по основным аспектам политики системы здравоохранения, связанных с задачами системы и их детерминантами. Оценка была основана на функциональном анализе по выбранным показателям, что позволило сравнивать эффективность деятельности в различные периоды времени, а также в различных регионах страны и на

Рисунок 7. Структура оценки деятельности системы здравоохранения Португалии



Источник: Portugal health system performance assessment (31).

различных социально-экономических уровнях. Помимо этого, деятельность на общенациональном уровне сравнивалась с другими странами и с международными стандартами.

В докладе об ОДСЗ представлены результаты в четырех основных разделах, которые соответствуют компонентам структуры деятельности системы здравоохранения (см. рис. 7): это улучшение состояния здоровья населения Португалии (улучшение здоровья и его распределения между группами населения, медико-санитарная грамотность и факторы риска и воздействие детерминант здоровья более широкого плана); обеспечение уверенности в качественных и доступных услугах здравоохранения и удовлетворенности ими (отзывчивость системы здравоохранения, доступность, качество и безопасность и итоги оказания медико-санитарной помощи); обеспечение социальной солидарности (социальная и финансовая защита, охват и масштабы неравенства в отношении доступа к медико-санитарной помощи); и устойчивость и рациональность системы здравоохранения (расходы системы здравоохранения, кадровые ресурсы, инновации и технологии здравоохранения и эффективность и рациональность системы здравоохранения). Наконец, в конце каждого раздела дается описание и оценка положения дел в настоящее время, а также приводятся рекомендации в отношении стратегий повышения эффективности деятельности в слабых местах и укрепления системы здравоохранения.

Отзывы относительно системы ОДСЗ собирались в ходе процесса и после его завершения и рассматривались в свете разработки нового НПЗ. Большинство экспертов и официальных лиц, вырабатывающих политику, в своих комментариях высказывались за разработку системы, учитывающей все особенности Португалии, то есть ценности, приоритеты и условия нормативно-правового регулирования, равно как и международные аспекты деятельности системы.

Модель оценки была основана на базовом наборе показателей. Выбор показателей для системы оценки был одним из основных моментов проведения ОДСЗ в Португалии. Выбором показателей занималась комиссия экспертов, руководствуясь при этом такими критериями, как значимость для деятельности системы здравоохранения Португалии и наличие и достоверность данных. Много споров у комиссии вызвала проблема оценки аспектов показателей деятельности в секторах, не относящихся к здравоохранению. Особые сложности вызвал выбор показателей по более широким детерминантам здоровья, таким, например, как экологические факторы. Еще одной проблемной сферой (отчасти – из-за недостатка данных) стало качество медико-санитарной помощи.

Осуществление, эффект и дальнейшие шаги

ОДСЗ проводилась с использованием сочетания количественных и качественных методов под руководством небольшой команды сотрудников ВОЗ. Важным событием в проведении оценки стало создание национальной комиссии экспертов, которая в феврале 2009 г. обсудила структуру оценки и основной набор показателей. Сбором и анализом количественных данных занимались различные учреждения страны, включая Национальный институт статистики, Центральное управление Министерства здравоохранения, Генеральный директорат Министерства здравоохранения и Национальный институт фармацевтики. Сбор и анализ данных осуществлялся при содействии весьма опытных и профессиональных сотрудников Управления Верховного комиссара по здравоохранению.

Основным качественным инструментом оценки был функциональный обзор системы здравоохранения Португалии миссиями экспертов в период с октября 2008 г. по май 2009 г. В рамках миссий изучались данные по вопросам стратегического руководства, управления информацией и децентрализации; оказания услуг и финансирования и генерирования ресурсов. Сотрудники миссий провели многочисленные интервью с официальными лицами, вырабатывающими политику, поставщиками услуг и заинтересованными сторонами системы здравоохранения, включая группы по интересам на национальном, региональном и местном уровне. Также эксперты посещали лечебные учреждения как в государственном, так и в частном секторе, и анализировали программные документы, указанные в обзоре литературы.

В январе 2011 г. на пресс-конференции был представлен отчет об ОДСЗ; также отчет был доступен на вебсайте Управления Верховного комиссара по здравоохранению (31). Было признано, что ОДСЗ оказала властям немалую помощь в подготовке НПЗ на 2011-2016 гг. В частности, оценка стимулировала наиболее авторитетных экспертов и официальных лиц, вырабатывающих политику, в стране, к участию в подготовке нового НПЗ. Также ОДСЗ

Врезка 8. Основные особенности ОДСЗ в Португалии

- ОДСЗ проводилась параллельно с оценкой эффективности НПЗ.
- Координаторы НПЗ также принимали участие и в проведении ОДСЗ.
- ОДСЗ стала технической основой для формулирования новых приоритетов для следующего НПЗ на 2011-2016 гг.
- ОДСЗ осуществлялась с участием широкого круга заинтересованных сторон, представляющих Министерство здравоохранения и другие министерства, Центральное управление здравоохранения, региональные органы здравоохранения, основные национальные учреждения здравоохранения, такие как Национальный институт здравоохранения, научное сообщество, профессиональные объединения и ассоциации и потребителей. Все участники могли комментировать систему ОДСЗ и обсуждать свою роль в деятельности системы здравоохранения.
- Благодаря интервью и консультациям с межминистерским надзорным комитетом по Национальному плану здравоохранения ОДСЗ создала возможность для диалога по вопросам деятельности сектора здравоохранения – как в рамках сектора, так и за его пределами.
- Концептуальная модель и система проведения ОДСЗ разрабатывались национальной комиссией технических экспертов.
- Благодаря наличию опытных кадров, Управление Верховного комиссара по здравоохранению смогло провести прекрасный анализ и интерпретацию данных.
- Португалия активно использовала международный опыт ОДСЗ, обратившись за консультациями к экспертам из ВОЗ и из Англии, Канады и Финляндии.
- Отчет об ОДСЗ невелик по объему, и его основные тезисы представлены в простом и понятном виде.

позволила уточнить задачи системы в свете целей нового НПЗ. ОДСЗ сформировала видение системы здравоохранения и указала на присущие ей недостатки и ограничения. Подход со стороны системы здравоохранения и терминология, выработанная в рамках ОДСЗ, были взяты на вооружение в новом НПЗ (врезка 8).

На данный момент решения в отношении дальнейшей институционализации ОДСЗ принято не было. В условиях нынешних экономических сложностей, вызванных финансовым кризисом и давним стремлением сократить государственный долг, вероятно, что ОДСЗ в Португалии должна будет найти нишу в одной из уже устоявшихся структур. Например, ОДСЗ могла бы стать неотъемлемой части регулярной оценки эффективности НПЗ.

ПОЛУЧЕННЫЙ ОПЫТ

- ОДСЗ должна рассматривать деятельность различных уровней системы здравоохранения, включая региональный и местный уровень. Участники процесса оценки должны найти оптимальный способ включить в оценку все уровни системы.

- Хотя международный опыт, несомненно, важен, ОДСЗ должна учитывать и культурную специфику системы здравоохранения страны и ее политические нюансы, а также пользоваться опытом, почерпнутым из местной литературы.
- ОДСЗ в Португалии дополняла и поддерживала общенациональные инструменты планирования здравоохранения как в установлении приоритетов, так и в проведении мониторинга и оценки. При этом ОДСЗ была бы более эффективной, если бы она была теснее связана с другими процессами анализа и отчетности, такими как профили систем здравоохранения на переходных стадиях развития, доклады страны о наблюдении за системой здравоохранения, обзоры ОЭСР и оценки политики.

ОДСЗ В ТУРЦИИ

РЕШЕНИЕ ЗАДАЧ БЛАГОДАРЯ ОТЛИЧНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ УЧАСТИЯ ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ СТОРОН ИЗ СЕКТОРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ИЗ ДРУГИХ СЕКТОРОВ

Введение

Работа над ОДСЗ была начата в 2009 г. по инициативе министра здравоохранения Турции и проводится в форме проекта министерства под руководством Школы общественного здравоохранения (TUSAK) совместно с техническими и финансовыми экспертами Всемирного банка и Европейского регионального бюро ВОЗ. С самого начала проекта ОДСЗ пользовалась неизменной поддержкой на самом высоком политическом и техническом уровне. Она была разработана совместными усилиями с участием многочисленных действующих лиц в министерстве здравоохранения и внешних заинтересованных сторон, включая Институт социального обеспечения, министерство образования, министерство окружающей среды, министерство финансов и Организацию государственного планирования. Двумя основными задачами ОДСЗ были: документально подтвердить успехи по выборочным конечным результатам для здоровья Программы перестройки здравоохранения (см. врезку 11), финансируемой Всемирным банком, и обеспечить схему оценки для использования в следующем Стратегическом плане министерства здравоохранения.

Контекст и задачи политики

Разработка всеобъемлющих национальных стратегий и программ здравоохранения разворачивалась в Турции постепенно. Генеральный план развития здравоохранения был принят Организацией государственного планирования и министерством здравоохранения в 1990 г. и проложил путь реформам здравоохранения в Турции. В 1993 г. министерство разработало национальную политику здравоохранения, во главу угла которой были поставлены гигиена окружающей среды, содействие более здоровому образу жизни, улучшение предоставления медицинских услуг и установление приоритетов в здравоохранении. После всеобщих выборов в 2002 г. правительство разработало план действий, который должен был осуществляться на первом этапе Программы перестройки здравоохранения (ППЗ), в центре внимания которого были реорганизация министерства здравоохранения и улучшение медико-санитарных служб. В 2009 г. начался второй этап ППЗ. Для его постоянного успеха важно отслеживать прогресс в достижении основных итоговых показателей здоровья и результатов выполненных работ и рациональность в использовании ресурсов в рамках ППЗ. Также важно документально отражать этот прогресс и показывать его международному сообществу.

ОДСЗ была инициирована для того, чтобы поддержать обязательства Турции, вытекающие из Таллиннской хартии, по укреплению потенциала для осуществления регулярного мониторинга и информирования о показателях работы и по содействию прозрачности и отчетности

Врезка 9. Программа перестройки здравоохранения в Турции

„Программа перестройки здравоохранения“, или программа реформирования системы здравоохранения, финансируемая Всемирным банком, действует с 2003 г. и состоит из двух этапов (2003-2009 гг. и 2010-2013 гг.). Главное внимание в программе уделяется кадровым ресурсам, реорганизации министерства здравоохранения и поощрению формирования политики на основе фактических данных. Она нацелена на высший и средний руководящий состав министерства.

Программа перестройки здравоохранения способствует реформе системы здравоохранения в восьми областях: улучшение потенциала министерства здравоохранения в сфере контроля и планирования; достижение всеобщего охвата медицинским страхованием; предоставление доступных медико-санитарных услуг в доброжелательной форме (особенно в семейной медицине, первичной медико-санитарной помощи, цепочках направления в специализированные и автономные лечебные учреждения); мотивация работников сектора здравоохранения; укрепление образовательных и научных учреждений; обеспечение аккредитации высококачественных и эффективных медико-санитарных услуг; содействие рациональному использованию лекарственных препаратов и материалов и улучшение доступа к информации для принятия решений с помощью информационной системы здравоохранения. Для того, чтобы укрепить положение Турции на международной арене в области здравоохранения, в 2008 г. были добавлены три новых элемента: программа „Укрепление здоровья во имя лучшего будущего и здоровой жизни“, многоаспектная ответственность за мобилизацию заинтересованных сторон и межсекторальное сотрудничество и международные медицинские услуги.

посредством измеримых результатов. Кроме того, она рассматривается как инструмент поддержки разработки стратегий на основании фактических данных. Она также будет влиять на выявление новых приоритетных областей для улучшения системы здравоохранения.

Министерство здравоохранения определило дальнейший прогресс в укреплении потенциала, необходимого для мониторинга и оценки, как критически важную предпосылку успешного осуществления второго этапа ППЗ. Министерство разработало Стратегический план на 2010-2014 гг. и переходит к формированию бюджета на основе достигнутых показателей работы. Эта деятельность является составной частью идущей реформы государственного сектора в Турции – процесса, который требует, чтобы все секторы, включая сектор здравоохранения, составляли пятилетние и годовые стратегические планы и бюджеты. В этих условиях особенно важно развивать культуру мониторинга и оценки показателей работы.

Структура ОДСЗ для Турции была основана на целях и приоритетных задачах ППЗ и Стратегического плана министерства здравоохранения. Она переводит эти цели и приоритеты в измеримые задачи сектора здравоохранения и организует их в виде диаграммы причинно-следственных связей (карты стратегий), включающей ресурсы, услуги, результаты выполненных работ и воздействие на детерминанты здоровья и статус здоровья. Таким образом, ОДСЗ занимает положение, которое позволяет ей стать частью постоянных процессов мониторинга и оценки Программы перестройки здравоохранения и подготавливаемого Стратегического плана министерства здравоохранения. Кроме того, для лучшего понимания эффекта, который дали эти стратегии, и степени этого эффекта в дополнение к ОДСЗ будут проводиться углубленные оценки конкретных составляющих реформы.

Организационные структуры, участники и заинтересованные стороны в процессе ОДСЗ

Работа над ОДСЗ началась в июне 2009 г. как совместный проект сотрудничества, в котором приняли участие министерство здравоохранения Турции, Школа общественного здравоохранения, Всемирный банк и Европейское региональное бюро ВОЗ; сформулированная в нем задача заключалась в измерении достижений Программы перестройки сектора здравоохранения по конечным показателям здоровья. Министерство здравоохранения поручило техническое руководство проектом Школе общественного здравоохранения (TUSAK), которая от имени министерства здравоохранения осуществляет национальную и международную координацию работы общественного здравоохранения. Она является структурным подразделением министерства здравоохранения, но обладает определенной самостоятельностью в формулировании технических заключений. Под руководством TUSAK была создана основная рабочая группа из шести штатных сотрудников министерства здравоохранения. Из этих шести один был принят на работу в TUSAK специально для того, чтобы заниматься ОДСЗ. Постоянные сотрудники и временные консультанты из Всемирного банка и ВОЗ, а также независимые национальные и международные консультанты помогли укреплению потенциала TUSAK и выступали в качестве внешних рецензентов.

Процесс ОДСЗ лучше всего можно охарактеризовать как децентрализованный процесс с высокой степенью участия заинтересованных сторон. На каждом этапе в нем участвовали посредством консультаций многочисленные действующие лица из министерства здравоохранения и из других ведомств. С самого начала заинтересованные стороны из сектора здравоохранения и из других секторов занимались достижением консенсуса в отношении системы оценки деятельности и показателей, чтобы облегчить сбор данных из разных источников. Процесс состоял из совещаний заинтересованных сторон (около 60 участников), встреч высокого уровня в министерстве (около 20 участников, включая министра и его заместителей) и постоянного диалога и сотрудничества между экспертами из соответствующих технических программ и группы сотрудников TUSAK. Министерские эксперты по борьбе с раком, по управлению показателями работы и улучшению качества, охране матери и ребенка и планированию семьи, фармацевтическим препаратам и аптекам, кадровым ресурсам здравоохранения, по борьбе с туберкулезом и малярией, разработке стратегий, лечебным службам, информационной технологии, управлению проектами и первичной помощи регулярно сотрудничали с экспертами Института социального обеспечения и TUSAK. Также были хорошо представлены и другие секторы: министерство финансов, министерство окружающей среды и лесного хозяйства, Турецкий статистический институт, Совет по высшему образованию, министерство национального образования и Организация государственного планирования. На основе консенсуса на встречах высокого уровня были приняты окончательные решения по карте стратегий, выбору и балльной оценке показателей. Дополнительная техническая поддержка обеспечивалась Всемирным банком и сотрудниками ВОЗ из странового офиса в Турции и Европейского регионального бюро.

Разработка схемы и операционной модели ОДСЗ

Карта стратегий для системы здравоохранения Турции была составлена путем определения аспектов и под-аспектов показателей деятельности. Эта схема показывает цели системы

Врезка 10. Стратегический план министерства здравоохранения

Стратегическое планирование является в Турции обязательным инструментом реализации политики для всех секторов; каждый стратегический план охватывает пятилетний период и служит основой для разработки ежегодных оперативных планов для каждого сектора. Стратегический план министерства здравоохранения на 2010-2014 гг. предусматривает несколько приоритетов, таких как увеличение числа учреждений, обслуживающих обездоленные группы населения, расширение прав людей выбирать себе поставщиков первичной помощи и поощрение людей к тому, чтобы они делали сознательный выбор образа жизни относительно употребления алкоголя и табака. В Стратегическом плане также содержатся элементы составления бюджета на основе достигнутых показателей. Схема мониторинга и оценки, предназначенная для Стратегического плана на 2010-2014 гг., была приспособлена для применения в ОДСЗ, которая разрабатывалась как раз в это время. Мониторинг достижения целей и задач Стратегического плана осуществляет департамент разработки стратегии министерства здравоохранения.

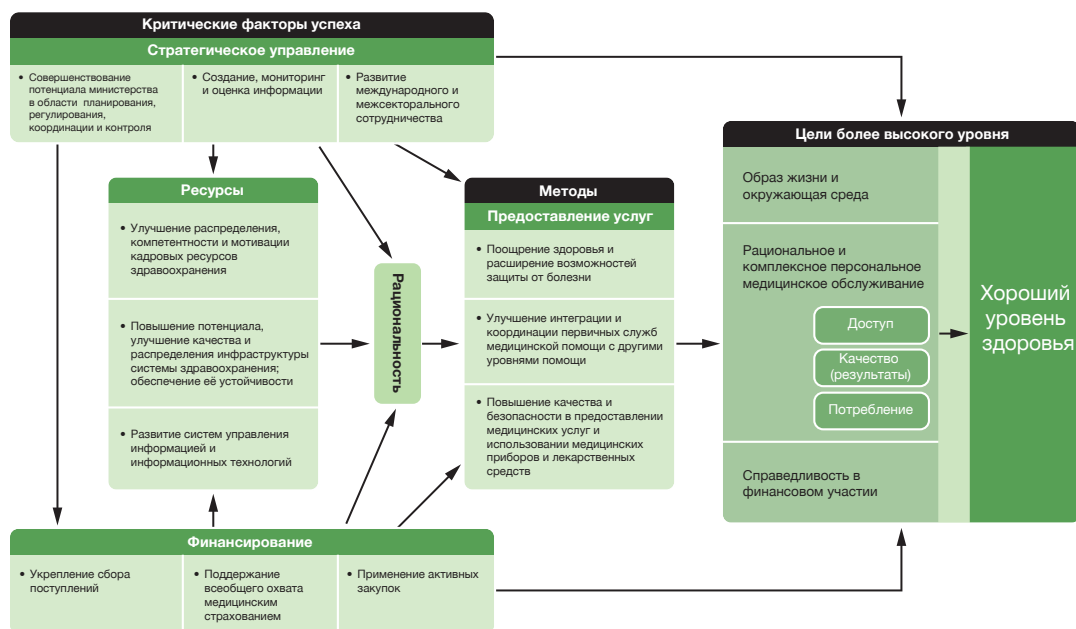
здравоохранения по отношению к стратегиям реформы и основным функциям системы здравоохранения. В ее основу были положены Стратегический план министерства здравоохранения на 2010-2014 гг. (врезка 10) и оба этапа ППЗ (ППЗ-1 и ППЗ-2), и ее правильность была вновь подтверждена на целом ряде семинаров заинтересованных сторон, или совещаний по выработке консенсуса.

В Стратегическом плане министерства здравоохранения на 2010-2014 гг. конечная цель системы здравоохранения Турции определяется следующим образом: все люди должны жить здоровой и обеспеченной жизнью. Для этой цели улучшение показателей здоровья должно быть достигнуто через три промежуточных задачи: здоровые окружающая среда и образ жизни, эффективные и комплексные медико-санитарные услуги и справедливость в отношении финансового участия. Карта стратегий соотносит эти стратегии с каждой функцией системы здравоохранения, описанной в Докладе о состоянии здравоохранения в мире 2000 г. (2): предоставление медицинских услуг, обеспечение ресурсов, финансирование и стратегическое руководство. Операционная модель состоит из набора показателей, согласующихся с каждым аспектом карты стратегий (цели, задачи, стратегии и функции). Охват сбора данных по некоторым показателям отражает минимальный 10-летний период документального отражения прогресса, достигаемого во время выполнения Программы перестройки здравоохранения.

Оказалось очень полезным, что при разработке схемы ОДСЗ руководством служили ППЗ и проект Стратегического плана министерства здравоохранения. Фактически карта стратегий была включена в окончательный вариант Стратегического плана для того, чтобы подчеркнуть, как различные элементы Стратегического плана сходятся для получения лучших показателей здоровья. Министр признал карту стратегий важным инструментом для согласования точек зрения различных отделов министерства и выработки единого видения перспектив укрепления здоровья и более справедливой медико-санитарной помощи для населения Турции

Всесторонний характер схемы оценки деятельности представил трудность для выбора показателей. С одной стороны, из-за большого числа аспектов и под-аспектов трудно было придти к

Рисунок 8. Карта стратегий ОДСЗ Турции



Источник: Turkey health system performance assessment 2011 (32).

легко управляемому числу показателей. С другой стороны, не хватало данных для некоторых аспектов, поэтому на выбор показателей неизбежно влияло наличие данных. Набор показателей деятельности будет изменяться по мере выявления и устранения пробелов в данных.

Внедрение ОДСЗ и продвижение вперед

Процесс ОДСЗ начался в июле 2009 г., а карта стратегий, определяющая цели и приоритеты и промежуточные задачи системы здравоохранения была разработана в период с августа по декабрь 2009 г. В сентябре, октябре и ноябре 2009 г. карта стратегий рассматривалась на нескольких семинарах по достижению консенсуса, в которых участвовали заинтересованные стороны в Турции. Окончательный вариант карты стратегий был одобрен на семинаре в январе 2010 г. В период с августа по декабрь 2009 г. была составлена полная опись показателей, они были идентифицированы и пересмотрены. 282 первоначальных показателя были взяты из Стратегического плана министерства здравоохранения и из международных показателей работы системы здравоохранения. Исходя из наличия, надежности и достоверности данных, лежащих в основе показателей, этот перечень был постепенно уменьшен до 62 показателей. Еще одним важным соображением было следующее: смогут ли имеющиеся данные способствовать выработке полноценных программных рекомендаций по улучшению с течением времени показателей здоровья. Группа ОДСЗ разработала „паспорта“ показателей, представляющие

собой подборки фактических данных, в которых описываются для каждого показателя числитель и знаменатель, методы сбора данных, связанные с данными проблемы, интерпретация данных и представление результатов.

Всеобъемлющий характер структуры оценки деятельности потребовал данных из многих источников, что представляло ряд трудностей. Во-первых, трудно делать достоверные сравнения, когда временная шкала, определения и методы вычислений разнятся от источника к источнику. Кроме того, опыт других стран показывает, что заинтересованные стороны могут неохотно делиться своими данными. В случае Турции этот камень преткновения был устранен путем вовлечения всех „владельцев“ данных в процесс ОДСЗ, чтобы создать между ними атмосферу взаимного доверия и общности цели. Таким образом, весь процесс был децентрализован, что позволило всем заинтересованным сторонам участвовать в выборе и определении показателей, анализе данных, обмене дополнительным аналитическим материалом и определении соответствующих стратегических действий. Операционные определения и подборки данных, например, были разработаны соответствующими ведомствами при поддержке TUSAK. В этих условиях было важно выделить достаточное время на обсуждение недостатка данных и выработку решений. Такой всеохватывающий подход к решению проблемы значительно удлинил процесс ОДСЗ, но также и способствовал выявлению возможностей для улучшения информационных систем.

На нескольких встречах высокого уровня в апреле и мае 2010 г. в центре внимания были вопросы сбора данных, наличия данных и качества выбранных показателей работы системы здравоохранения. Сбор данных и расчет величин для показателей занял период с мая по июнь 2010 г. В июле 2010 г. началась работа над составлением отчета об ОДСЗ и отчета для высшего руководства. В настоящее время оба отчета находятся в стадии рецензирования и близки к завершению, как ожидается, к концу 2011 г.

Тщательный отбор заинтересованных сторон и определение их функций дали, в принципе, хорошие результаты, хотя привлечение международных консультантов, живущих за границей, порой создавало трудности в плане обеспечения непрерывности процесса. В будущем группа ОДСЗ надеется привлечь больше национальных действующих субъектов, например, университеты.

Поскольку завершение отчета об ОДСЗ запланировано на 2011 г., в будущем министерство здравоохранения планирует проводить ОДСЗ регулярно. Учитывая большую загруженность национальных действующих лиц и их многочисленные обязанности, требующие от них времени, следует уделять внимание тому, чтобы сохранить их участие на теперешнем высоком уровне. В этом смысле было бы целесообразно усовершенствовать и стандартизировать некоторые виды деятельности в этом процессе.

В июне 2011 г. состоялись всеобщие выборы. Но, несмотря на то, что составление окончательного отчета об ОДСЗ совпало с периодом выборов, политические соображения не повлияли на

подготовительные этапы и на различные этапы составления проекта отчета. Надо надеяться, что динамика политических процессов после выборов ускорит использование результатов ОДСЗ лицами, формирующими политику.

Врезка 11. Ключевые факторы успеха ОДСЗ в Турции

- Непрерывная и постоянная политическая поддержка на самых высоких уровнях, включая личное участие министра здравоохранения.
- Привлечение технических экспертов высокого уровня из сектора здравоохранения и других секторов.
- Лидирующая роль Школы общественного здравоохранения, которая имеет прочные связи с министерством здравоохранения, и четко сформулированная программа реформы национального здравоохранения и Стратегический план министерства здравоохранения (разработчики карты стратегий ОДСЗ руководствовались обеими этими документами).
- Разработка четко сформулированных целей ОДСЗ.
- Подход, предполагающий широкое участие действующих субъектов из сектора здравоохранения и других секторов, что способствует формированию прочного чувства полноправного собственника процесса ОДСЗ и его конечного продукта.
- Готовность всех заинтересованных сторон, привлеченных к идентификации и выбору показателей работы системы здравоохранения, уделять достаточно времени поиску решений проблем наличия данных и доступа к имеющимся данным.
- Отсутствие препятствий в финансировании ОДСЗ.

ГЛАВНЫЕ УРОКИ

- Для внедрения ОДСЗ в Турции большое значение имели политическая приверженность и поддержка на высоком уровне.
- Необходимо укреплять связь между ОДСЗ и циклом разработки национальной политики здравоохранения. Наличие программы реформы национального здравоохранения и стратегического плана способствует проведению ОДСЗ, поскольку в ней могут быть использованы согласованные приоритеты. Если стратегического плана еще нет, для того, чтобы обеспечить разработку общих приоритетов, целей и задач, важно согласовать эти два процесса (ОДСЗ и стратегическое планирование).
- ОДСЗ должна рассматриваться не как отдельный инструмент политики, а как дополнение к существующим методам мониторинга и оценки.
- Процесс с широким участием заинтересованных сторон поможет обеспечить их положительное отношение к ОДСЗ и выработать у них чувство полноправного собственника. Одним из вариантов может быть создание руководящего комитета, особенно для того, чтобы

заинтересованные стороны быстро включались в сотрудничество на постоянной основе или по мере необходимости, но важно периодически информировать их о прогрессе.

- Для укрепления непрерывности процесса важно постоянство членов группы.
- Сотрудничество с международными организациями и консультантами обеспечивает привлечение внешних технических экспертов и максимально повышает прозрачность и надежность. ОДСЗ является прекрасным инструментом для совместной работы с различными национальными и международными организациями.
- Следует обратить внимание на то, чтобы продолжалось участие национальных действующих субъектов, которые очень загружены своими обычными обязанностями помимо ОДСЗ. Было бы целесообразно по возможности усовершенствовать процесс ОДСЗ.
- На разных этапах процесса необходима дальнейшая стандартизация. Национальная группа должна быть в состоянии проводить ОДСЗ, даже если международные эксперты участвовать в ней не могут. Для этого потребуются дальнейшее укрепление потенциала и подготовка кадров.
- ОДСЗ в Турции достигла значительных результатов, которые оправдывают значительные затраты времени и ресурсов.

ОДСЗ В ЭСТОНИИ

УКРЕПЛЕНИЕ СИНЕРГЕТИЧЕСКОЙ СВЯЗИ МЕЖДУ ОДСЗ И МОНИТОРИНГОМ НАЦИОНАЛЬНОГО ПЛАНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Введение

Летом 2010 г. Эстония представила свой первый отчет о деятельности системы здравоохранения, подготовленный в рамках двухгодичного соглашения о сотрудничестве между ВОЗ и Министерством социальных дел Эстонии. Отчет создавался в период с 2008 по 2010 гг. небольшой группой экспертов Министерства социальных дел при поддержке ВОЗ. Также эксперты периодически проводили консультации с рядом официальных лиц высокого уровня, вырабатывающих политику, из важнейших учреждений страны в этой сфере.

Система показателей для ОДСЗ построена на базе разработанной ВОЗ системы функций, задач и целей системы здравоохранения с измеримыми показателями и целями (22). В нее были внесены некоторые изменения, которые позволили включить такие аспекты контекста системы здравоохранения, как макроэкономическая ситуация, ситуация на рынке труда и социальные условия в стране. ОДСЗ в Эстонии строится на таких мероприятиях по мониторингу деятельности, как оценка целевых показателей программ охраны здоровья населения, мониторинг реформ системы и практика лечебных учреждений по мониторингу эффективности своей деятельности.

Главным целями процесса было получение комплексного представления о системе здравоохранения и последующее установление приоритетности вмешательств в области политики, мониторинг реформ системы здравоохранения и внедрение ОДСЗ как инструмента повышения подотчетности основных органов по выработке политики за улучшение конечных результатов и деятельности системы здравоохранения. Толчок для развития процесса дала министерская конференция ВОЗ «Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния», которая прошла в Таллинне в 2008 г. Процесс ОДСЗ также положил начало дебатам об использовании системы показателей для создания структуры мониторинга и отчетности для Национального плана здравоохранения Эстонии на 2009-2020 гг., который был разработан и принят примерно в то же время, в 2008 г. (врезка 12)

Контекст политики, цели и заинтересованные стороны

Официальные лица, вырабатывающие политику, а также международные эксперты по вопросам политики здравоохранения сочли Эстонию подходящей страной для пилотного проекта по ОДСЗ по нескольким причинам. В стране с середины 90-х гг. прошлого века было принято немало стратегий в области общественного здравоохранения, которые проходили регулярную оценку эффективности и, на основании результатов этой оценки, дополнялись и дорабатывались. Недавно Эстония приняла третий Национальный план здравоохранения (НПЗ) на

Врезка 12. Национальный план здравоохранения на 2009-2020 гг.

Национальный план здравоохранения на 2009-2020 гг. – это комплексная национальная стратегия охраны здоровья, которая была принята в 2008 г. и вступила в силу в 2009 г. План призван повысить продолжительность здоровой жизни до 65 лет у женщин и 60 лет у мужчин, а общую продолжительность жизни – до 84 лет у женщин и 75 лет у мужчин. В нем определены действия в пяти областях: социальная сплоченность, здоровье детей и молодежи, окружающая среда, здоровый образ жизни и медико-санитарная помощь. Для мониторинга прогресса были сформулированы показатели деятельности и определены целевые показатели для четырех последовательных четырехлетних циклов вплоть до 2020 г. План является единой системой для реализации уже существующих стратегий и программ здравоохранения и разработки и реализации новых мероприятий по выполнению поставленных целей.

2009-2020 гг., куда включены механизмы межсекторального стратегического руководства и схема регулярного мониторинга и отчетности. В плане сформулированы обязательства государства в области здравоохранения, ориентированные на конкретные шаги и достижение целевых показателей. Отчетность по достижениям системы здравоохранения является одним из основополагающих элементов НПЗ.

Третий НПЗ разрабатывался одновременно с осуществлением ОДСЗ, что отчасти осложнило процесс оценки, а отчасти и создало новые возможности для ее проведения. И НПЗ, и ОДСЗ разрабатывались и осуществлялись Министерством социальных дел. Приоритетное значение получил НПЗ, поскольку он представлял собой юридически обязательные гарантии правительства Эстонии. По этой причине ресурсы для осуществления ОДСЗ были ограничены. При этом, однако, между ОДСЗ и НПЗ установилась синергетическая связь. Например, оба процесса использовали одни и те же наборы данных, и система показателей НПЗ внесла значительный вклад в подготовку отчета об ОДСЗ, несмотря на то, что план осуществляется в более широком масштабе, нежели оценка, и охватывает больше сфер деятельности (см. Таблицу 7).

Внедрению ОДСЗ в Эстонии благоприятствовало также то обстоятельство, что в этой стране уже была традиция оценки деятельности государственных органов, в том числе и Министерства социальных дел и Фонда медицинского страхования. Следовательно, эти организации уже обладают немалым опытом работы с показателями деятельности и целевыми показателями, регулярным мониторингом и ежегодными отчетами об оценке. Например, в ежегодном отчете Фонда медицинского страхования (на эстонском и английском языках) приводятся данные об объемах оказанных услуг по укреплению здоровья, профилактике заболеваний и клинической помощи, а также данные по финансовым показателям и четырехлетним планам действий (23). Фонд оценивает результаты деятельности организации, и такая оценка связана с оценками деятельности отдельных департаментов и сотрудников. Таким образом, имеющийся опыт облегчил для эстонских официальных лиц, принимающих решения, знакомство концепцией ОДСЗ, впервые представленной ВОЗ в 2000 г.

Когда в «Докладе о состоянии здравоохранения в мире 2000 г.» (2) была впервые представлена ОДСЗ, названная инструментом стратегического руководства здравоохранением, в Эстонии она

вызвала немалый интерес среди лиц, вырабатывающих политику. Предполагалось, что ОДСЗ могла дать более целостное представление об отдельных стратегиях и учреждениях путем интеграции специализированных подходов отдельных секторов на основании вертикальных стратегий и программ здравоохранения. Также в период с 2003 по 2008 гг. в стране проводились пользующиеся значительным влиянием оценки политики. Такие оценки сопровождали реформы первичного звена медико-санитарной помощи, больниц, служб общественного здравоохранения и финансирования здравоохранения. Оценки сыграли большую роль в принятии решений относительно некоторых аспектов системы здравоохранения Эстонии. В таком контексте к ОДСЗ предъявлялись высокие требования – она должна была дополнить и обогатить уже существующие программы оценки деятельности. Например, от ОДСЗ ожидалось, что она сможет объединить различные элементы реформ и измерить их полезный эффект с точки зрения всей системы здравоохранения.

Наконец, выбору Эстонии как одной из стран для пилотного проведения ОДСЗ способствовали и международные процессы. Проект меморандума между ВОЗ и правительством Эстонии предусматривал создание в стране официального центра (или сотрудничающего центра ВОЗ) для проведения ОДСЗ, хотя это соглашение не было утверждено и не реализовывалось. Важнейшим международным стимулом для проведения ОДСЗ стала министерская конференция ВОЗ «Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния», которая прошла в Таллинне по приглашению правительства страны, и подготовка Таллиннской хартии, в которой государства-члены Европейского региона обязались повышать прозрачность своих систем здравоохранения и их подотчетность за достижение измеримых результатов. Первоначально Эстония планировала начать ОДСЗ к моменту проведения Таллиннской конференции, однако в силу ряда причин и шагов, связанных с выбором системы показателей, определением масштаба оценки и целей и показателей, этот процесс занял больше времени, чем ожидалось.

Из вышесказанного следует, что проведение пилотного испытания ОДСЗ в Эстонии встретило значительный интерес на уровне страны и международном уровне. Во Врезке 13 приведены факторы политики, которые способствовали созданию плодотворной почвы для проведения ОДСЗ в Эстонии.

Цели и показатели ОДСЗ прошли детальное обсуждение и получили некоторые доработки. Стартом, разработкой и практической реализацией ОДСЗ руководила небольшая рабочая группа, состоящая из сотрудников Министерства социальных дел и ВОЗ. Они консультировались с представителями основных учреждений, вырабатывающих и осуществляющих политику в области здравоохранения, включая Фонд медицинского страхования и Национальный институт развития здравоохранения. Главной задачей для этой группы было провести комплексную и интегрированную оценку деятельности системы с особым акцентом на общественном здравоохранении, медико-санитарной помощи и межсекторальных стратегиях, которые могли бы вовлечь политиков в диалог о сильных сторонах системы, адекватном уровне финансирования и необходимости реформирования политики. Не менее важно было объединить усилия заинтересованных сторон и выработать единое понимание методики оценки системы здравоохранения.

Таблица 7. Сравнение ОДСЗ и НПЗ

	ОДСЗ	НПЗ
Формат	Отчет об ОДСЗ	Программный документ НПЗ и план реализации НПЗ (2009-2012 гг.)
Заявленные задачи	Отсутствуют	Сформулированы как “общая цель”: повысить продолжительность здоровой жизни и общую продолжительность жизни с указанием целевых показателей для мужчин и женщин
Заявленные цели	Цели оценки со временем изменились. В итоговом отчете были названы следующие цели: <ul style="list-style-type: none"> • Дать обзор деятельности системы здравоохранения Эстонии; • Заложить основу для дальнейшего развития и интеграции оценки деятельности системы здравоохранения в структуре принятия решений Министерством социальных дел; и • Создать базу для системы мониторинга и отчетности по НПЗ Эстонии на 2009-2020 гг. 	Сформулированы как пять “стратегических целей”: <ul style="list-style-type: none"> • СЦ 1: Повышение социальной сплоченности и сокращение социальной несправедливости в отношении здоровья (5 целевых показателей) • СЦ 2: Снижение смертности и первичной заболеваемости психическими заболеваниями и расстройствами поведения, и улучшение оценки состояния собственного здоровья молодыми людьми (5 целевых показателей) • СЦ 3: Сокращение рисков, связанных с условиями жизни, труда и учебы (8 целевых показателей) • СЦ 4: Повышение уровня физической активности, оптимизация рациона питания и снижение уровня поведения, связанного с риском для здоровья (8 целевых показателей) • СЦ 5: Обеспечение для всего населения доступа к качественной медико-санитарной помощи благодаря оптимальному использованию ресурсов (5 целевых показателей)
Количество показателей	Более 80	31
Затронутые сферы	Исходя из аспектов деятельности: <ul style="list-style-type: none"> • состояние здоровья (уровень и распределение) • поведение в отношении здоровья и укрепление здоровья • более широкие детерминанты здоровья • отзывчивость системы здравоохранения • справедливое финансирование, финансовая защита и охват населения • рациональность и эффективность системы здравоохранения • доступ к медико-санитарной помощи • качество и безопасность медико-санитарной помощи 	Исходя из пяти тем: <ul style="list-style-type: none"> • социальная сплоченность и равные возможности • здоровые и безопасные условия для развития детей • здоровые условия жизни, труда и учебы • здоровый образ жизни • эффективная и ориентированная на пациента система медико-санитарной помощи
Источники данных	<ul style="list-style-type: none"> • Обследование поведения в отношении здоровья среди взрослых • Обследование поведения в отношении здоровья среди детей школьного возраста • Обследование в форме интервью по вопросам здоровья 	<ul style="list-style-type: none"> • Обследование поведения в отношении здоровья среди взрослых • Обследование поведения в отношении здоровья среди детей школьного возраста • Обследование в форме интервью по вопросам здоровья
Временные рамки	Ретроспективно С 2004 по 2010 гг.	Перспективно С 2009 по 2020 гг.

Врезка 13. Факторы, способствующие проведению в Эстонии оценки деятельности системы здравоохранения

- В стране имеются национальные стратегии и программы охраны здоровья населения и ведется систематическая оценка и учет их деятельности.
- В НПЗ были сформулированы цели в области здоровья и была представлена схема обязательной отчетности по выполнению этих целей на основании установленных в ходе ОДСЗ целевых показателей.
- В период с 2003 по 2008 гг. в стране проводились многочисленные оценки политики и сектора здравоохранения (многие из них – при поддержке ВОЗ), сопровождающие реформы первичного звена медико-санитарной помощи, больниц, служб общественного здравоохранения и финансирования здравоохранения. Эти оценки внесли немалый вклад в процесс принятия решений относительно некоторых конкретных аспектов системы здравоохранения Эстонии и укрепили понимание важности оценок сектора здравоохранения.
- Институциональные оценки деятельности являются в секторе здравоохранения Эстонии повсеместной практикой.
- ВОЗ и Министерство социальных дел Эстонии назвали ОДСЗ одним из приоритетов официального сотрудничества на 2008-2009 гг.
- Принятая на Таллиннской конференции хартия «Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния» обязала государства-члены обеспечивать прозрачность системы здравоохранения и подотчетность за достижение измеримых результатов ее деятельности.

В январе 2008 г. рабочая группа сформулировала еще четыре конечные цели ОДСЗ:

- продемонстрировать прогресс реформ системы здравоохранения;
- повысить подотчетность и прозрачность;
- определить трудности, пробелы и слабые места в области повышения эффективности деятельности; и
- дать Министерству новые возможности прогнозировать вызовы для системы здравоохранения и разрабатывать эффективные стратегии для их преодоления.

Со временем цели были сделаны более узкими и не столь глобальными, и в окончательную версию отчета вошли три главные цели ОДСЗ:

- провести обзор деятельности системы здравоохранения;
- заложить основу для дальнейшего развития ОДСЗ и ее интеграции в процесс принятия решений в Министерстве социальных дел; и
- создать систему мониторинга и отчетности для НПЗ Эстонии на 2009-2020 гг.

Эволюция целей отражает некоторую неопределенность в отношении эффекта ОДСЗ в самом начале процесса. Опыт Эстонии показывает, что на начальном этапе ОДСЗ сложно сформулировать цели оценки, и со временем эти цели, вероятнее всего, претерпят изменения.

Разработка системы и модели осуществления ОДСЗ

Выбору системы ОДСЗ и модели осуществления ОДСЗ в Эстонии предшествовали несколько мероприятий. К ним относится анализ системы, предложенной ВОЗ; анализ методов мониторинга и оценки, предлагаемых в национальных стратегиях и программах здравоохранения; анализ проведения ОДСЗ в Нидерландах, США, Португалии, Англии, провинции Онтарио (Канада) и Кыргызстане, а также обзор систем ОДСЗ, используемых такими международными организациями, как ВОЗ, ПРООН, ОЭСР и Всемирным банком; и составление схемы ценностей и целевых показателей, использующихся организациями в секторе здравоохранения Эстонии для оценки своей деятельности.

Очевидным условием было то, что ОДСЗ не должна дублировать существующие системы или вступать с ними в конфликт интересов, а также противоречить существующим структурам оценки деятельности учреждений и оценки деятельности на местном уровне. Помимо этого, в процессе были учтены существующие механизмы стратегического руководства сектора здравоохранения, такие как постоянные комитеты и административные советы учреждений, что позволило ОДСЗ снабжать информацией официальных лиц, принимающих решения, при этом не вступая в конфликт с уже имеющимися структурами стратегического руководства. Структура ОДСЗ в Эстонии была основана на системе функций, задач и целей системы здравоохранения, разработанной ВОЗ. Эстонская рабочая группа доработала систему ВОЗ, включив в нее элементы прежних оценок реформ медико-санитарной помощи и SWOT-анализа системы здравоохранения, который был проведен в 2005 г. (24-26). Эти доработки сосредоточили оценку на справедливом доступе к услугам здравоохранения и охвате этих услуг, включив в нее компоненты контекстуальной информации по вопросам демографии, макроэкономической ситуации, социальных детерминант здоровья и нормативно-правовой системы (см. рис. 9).

Отмеченная в приведенной выше системе важность детерминант здоровья отразилась и в модели реализации – в нее вошел набор показателей деятельности, связанных с детерминантами здоровья. В Таблице 8 представлен набор показателей, выбранных для данной модели.

В ходе процесса показатели часто претерпевали изменения. При этом еще одна дискуссия технического характера развернулась в отношении выбора подходящего примера для сравнения – иными словами, следует ли ориентироваться на 12 стран ЕС, 15 стран ЕС, соседние государства или на продольную перспективу системы здравоохранения Эстонии за определенный период времени. В итоге было решено остановиться на смешанном подходе. Более того, был сделан акцент на подотчетность и на связь между стратегиями, учреждениями, политикой и показателями. Сложность нахождения показателей подотчетности стала одним из слабых мест системы ОДСЗ.

Рисунок 9. Структура для оценки деятельности системы здравоохранения Эстонии



Источник: Estonia health system performance assessment: 2009 snapshot (22).

Проведение ОДСЗ и дальнейшие шаги

ОДСЗ была начата небольшой рабочей группой, куда вошли ключевые сотрудники Министерства социальных дел, обладающие доступом к основным данным, и работники ВОЗ (как странового офиса, так и Европейского регионального бюро). Группа получала поддержку международных консультантов – представителей ВОЗ и Лондонской школы экономики. С самого начала процесса группе были обеспечены техническое содействие и консультации со стороны ведущих структур, вырабатывающих политику, в первую очередь – Фонда медицинского страхования и Национального института развития здравоохранения.

Экспертом со стороны Министерства социальных дел является технический сотрудник нового информационно-аналитического отдела здравоохранения, созданного в 2007 г. для работы со стратегической информацией в области охраны здоровья. Ответственность за статистику здравоохранения перешла к Национальному институту развития здравоохранения, и новый информационно-аналитический отдел стал, таким образом, ведущей структурой по планированию и осуществлению ОДСЗ в стране.

Было принято принципиальное решение сохранить неформальный характер процесса, чтобы жесткая институциональная структура или руководящий комитет не создавали для него дополнительной нагрузки и не предопределяли условия дальнейшей институционализации ОДСЗ. Тот

факт, что работа над ОДСЗ началась в то же время, что и работа над НПЗ, значительно облегчил сбор и анализ данных. Со временем, после появления первых результатов оценки, в процессе приняло участие большее количество людей.

Начало процесса с небольшой группы сотрудников и постепенное расширение его масштаба и круга участников оказалось эффективной стратегией проведения ОДСЗ в Эстонии. Участие в процессе экспертов ВОЗ позволило лучше понять методологию, лежащую в основе других систем ОДСЗ, разработанных ВОЗ. Также участие экспертов облегчило доступ к информационным материалам по ОДСЗ, таким как данные, подготовленные к министерской конференции ВОЗ в 2008 г., а также доступ к техническому опыту ВОЗ. При этом важно было представить ОДСЗ как национальный проект, где сотрудники ВОЗ играют вспомогательную роль, чтобы укрепить чувство ответственности за процесс среди заинтересованных сторон в Эстонии.

Расходы на проведение ОДСЗ оказались невелики, поскольку процесс начинался с небольшой группы людей, которые могли опираться на имеющиеся контакты и связи с основными заинтересованными сторонами. В то же время ВОЗ и Министерство социальных дел инвестировали в процесс немало времени. Некоторая часть расходов была связана с поездками консультантов и

Таблица 8. Описание показателей деятельности для ОДСЗ в Эстонии

Аспект деятельности	Показатели:
Состояние здоровья	Изменение продолжительности жизни Самостоятельно оцениваемое состояние здоровья Изменения в младенческой и детской смертности Предотвратимая смертность Бремя заболеваний
Поведение в отношении здоровья и укрепление здоровья	Показатели вакцинации Употребление алкоголя и табака Избыточная масса тела Ожирение Физическая активность
Детерминанты здоровья	Уровень образования Безработица Чистая питьевая вода Качество воздуха Гигиена труда
Отзывчивость	Уровень расходов на здравоохранение Справедливость финансирования системы здравоохранения Эстонии Защита от финансового риска, связанного с нездоровьем Распределение ресурсов Охват услугами здравоохранения
Справедливое финансирование, финансовая защита, распределение ресурсов и охват	Техническая эффективность Рациональность распределения ресурсов
Доступ к медико-санитарной помощи	Обращения за медико-санитарной помощью Время ожидания медико-санитарной помощи Справедливость в получении медико-санитарной помощи
Качество и безопасность	Клинические результаты Другие показатели

копированием и редакторской работой. Ключевую роль в экономии средств на оперативные нужды сыграл тот факт, что рабочая группа по ОДСЗ обладала доступом ко всем данным национальных обследований и другим данным здравоохранения, поэтому не потребовалось организовывать новый сбор данных.

Завышенные ожидания от лиц, вырабатывающих политику, и от самой группы по разработке ОДСЗ замедлили ход реализации проекта. Процесс оказался более сложным с концептуальной и технической точки зрения и более длительным, чем можно было предположить. Потребовалось больше времени на то, чтобы выработать оптимальную методику и укрепить потенциал проекта, постепенно расширяя возможности по отчетности о первых результатах оценки. После того, как были сделаны первые капиталовложения в повышение осведомленности о проекте и укрепление его организационно-кадрового потенциала (включая организованные Университетом Тарту совместно с ВОЗ регулярные учебные курсы по системам здравоохранения, политике в области здравоохранения и оценку деятельности системы), примерно через год ОДСЗ может быть усовершенствована.

ОДСЗ была представлена в августе 2010 г. на семинаре с участием примерно 50 официальных лиц, вырабатывающих политику, депутатов парламента и исследователей. Отчет был принят очень положительно. На презентации доклада прозвучало предложение о том, что НПЗ и ОДСЗ в будущем можно было бы еще больше сблизить и эффективнее использовать в качестве инструментов стратегического руководства и подотчетности. Предлагалось, в частности, в качестве основы для такого сближения использовать краткие аналитические обзоры политики. Также было предложено сформировать для этих двух процессов общие интегрированные механизмы измерения, мониторинга, оценки и отчетности.

ОДСЗ зарекомендовала себя как эффективный инструмент для вовлечения в процесс других секторов, в частности – Министерства финансов. Оценка также способствовала налаживанию диалога и с другими заинтересованными сторонами, такими как объединения работодателей и организации частного сектора. Отчет об ОДСЗ был представлен в Парламенте; наряду с несколькими другими отчетами, он способствовал повышению значимости проблематики системы здравоохранения в парламентской повестке дня. Так как отчет об ОДСЗ был опубликован сравнительно недавно, в августе 2010 г., пока еще рано делать выводы о его влиянии на деятельность системы здравоохранения.

Без ответа пока остается и вопрос о том, как можно институционализировать ОДСЗ в контексте политики Эстонии. Предлагалось поручить осуществление оценки «нейтральной» организации, например, комитету экспертов, научной структуре или неправительственной организации. Однако при этом нужно учитывать, что для успешной оценки необходим доступ к информации извне о государственных стратегиях и планах. Более того, заинтересованные стороны проявляют интерес к укреплению связи между ОДСЗ и механизмами подотчетности. Заслуживает внимание вариант поручения оценки деятельности и составления отчетов Министерству здравоохранения, когда международные организации, такие как ОЭСР и ВОЗ, оказывали ему

поддержку в редактировании и анализе результатов отчета об ОДСЗ. В то же время, для того, чтобы обеспечить устойчивость процесса ОДСЗ в Эстонии, процесс, скорее всего, должен продолжаться под эгидой Министерства социальных дел. Он может быть представлен в качестве одного из инструментов отчетности в рамках НПЗ, который будет применяться с учетом рекомендаций руководящего комитета НПЗ.

ПОЛУЧЕННЫЙ ОПЫТ

- ОДСЗ и НПЗ идут рука об руку: например, ОДСЗ может предлагать приоритеты для национальной политики здравоохранения и дополнять мониторинг и отчетность по их осуществлению.
- Осуществление ОДСЗ – сложный процесс. Нельзя недооценивать время и ресурсы, нужные для проведения оценки.
- Возложение ответственности за ОДСЗ и за мониторинг национальной политики здравоохранения на одну и ту же техническую группу может оказаться эффективным способом создания синергетической связи в процессе сбора данных. В то же время немалый вклад в процесс могут внести международные организации, оказывая техническую поддержку, налаживая эффективную дискуссию и обеспечивая беспристрастность оценки.
- Пример Эстонии демонстрирует потенциал проведения пилотного проекта ОДСЗ небольшой рабочей группой энтузиастов и консультаций с официальными лицами, вырабатывающими политику, на всех основных этапах процесса ОДСЗ.

ВЫВОДЫ

Во многих странах процесс ОДСЗ был начат лишь недавно, но международный опыт в этой области постоянно разрастается. Приведенные здесь примеры Англии, Армении, Бельгии, Кыргызстана, Португалии, Турции и Эстонии иллюстрируют разнообразие возможностей для проведения ОДСЗ и использования ее в качестве инструмента стратегического руководства системой здравоохранения. Эти примеры позволяют взглянуть на эффективные стратегии, которые могут применяться в различных условиях, а также на недостатки методологии и применения ОДСЗ в странах Европейского региона ВОЗ. Здесь нет единого подхода, который можно было бы рекомендовать странам, еще не начавшим проведение ОДСЗ. Задача отчета заключается в том, чтобы рассказать об основных сложностях, связанных с применением ОДСЗ, и решениях и методах, которые использовали данные семь стран. Несмотря на различия между этими странами, у приведенных примеров есть целый ряд общих аспектов. Они будут описаны ниже.

Большое значение имеет сам процесс ОДСЗ. Примеры семи стран показывают, что возможны различные подходы к проведению ОДСЗ: например, своими силами или с участием внешних партнеров, централизованно или с вовлечением различных заинтересованных сторон, как описание положения дел за определенный период времени или как непрерывная оценка. Однако независимо от того, какой использовался подход, процесс ОДСЗ всегда приносил плоды (иногда неожиданные), такие как налаживание диалога, вовлечение широкого круга партнеров, мобилизация других секторов, определение пробелов в данных, выявление конфликтующих ценностей или целей системы здравоохранения, достижение консенсуса в отношении приоритетов системы или просто создание культуры стремления к улучшению. Эти результаты ценны сами по себе, независимо от того, оказала ли ОДСЗ какое-либо влияние на решения в области политики. В данном случае процесс оценки столь же важен, как и ее конечный продукт.

Очень важно (хотя это и сложно) установить для процесса ОДСЗ реалистичные цели.

Примеры показывают, что первоначальные цели ОДСЗ (такие как повышение прозрачности и подотчетности или создание базы фактических данных для выработки политики) часто чрезмерно завышены. Странам, впервые начинающим процесс ОДСЗ, рекомендуется поэкспериментировать с оценкой, постепенно формируя набор показателей деятельности и адаптируя их по мере повышения качества и охвата информационных систем и укрепления аналитического потенциала для интерпретации этих показателей. Комплексная система с надежной базой показателей может быть дополнена более гибкими показателями и углубленными оценочными исследованиями, благодаря чему ОДСЗ будет лучше приспособлена к меняющимся нуждам динамичных условий выработки политики, где приоритеты могут зависеть от экономических тенденций или смены правительства.

ОДСЗ позволяет устанавливать синергетические связи с процессами мониторинга, оценки и пересмотра существующих программ реформ и национальной политики

здравоохранения. Страны, располагающие национальной политикой здравоохранения и/или программой реформирования сектора здравоохранения, могут эффективно использовать ОДСЗ в различных целях. В некоторых странах ОДСЗ была представлена как вспомогательный инструмент для применения к широкому кругу задач, позволяющий связывать стратегии с конечными итогами деятельности системы здравоохранения, тогда как национальный план здравоохранения ориентируется на более узкий спектр результатов для здоровья для конкретных подгрупп населения или по основным приоритетным заболеваниям. В других странах система ОДСЗ стала надежной основой для создания структуры основных показателей для мониторинга и оценки. В целом можно сказать, что ОДСЗ является полезным инструментом для доработки существующих систем и моделей, определения сферы и масштаба последующих реформ или стратегических приоритетов, внедрения новой терминологии в сфере систем здравоохранения, адаптации систем мониторинга и оценки к новым аспектам и особенностям и просто для того, чтобы заинтересованные стороны могли встретиться и обменяться мнениями о будущих шагах по улучшению деятельности системы.

Важно достичь баланса между независимостью оценки и доступа к лицам, вырабатывающим политику. Институционализация ОДСЗ может идти разными путями. Расположение оценки в структуре министерства здравоохранения создает возможности для установления синергетических связей с уже существующими процессами выработки политики, такими как сбор, интерпретация и использование данных. Более того, в таком случае государство будет ощущать свою ответственность за оценку. Независимый орган, имеющий связи с министерством, обладает тем преимуществом, что он имеет и определенную степень автономности, и определенный доступ к лицам, вырабатывающим политику. Наконец, когда требуется провести внешнюю оценку, где важнейшим фактором является независимость оценивающего органа (например, для обеспечения подотчетности и прозрачности), оптимальным вариантом может быть проведение оценки организацией, совершенно независимой от министерства.

Помимо финансовых и материальных ресурсов, ОДСЗ нуждается в энтузиазме и поддержке отдельных лиц и государства в целом. Нельзя недооценивать время и ресурсы – финансовые, материальные и кадровые – необходимые для проведения оценки. Не менее важными факторами успеха оценки являются энтузиазм членов рабочей группы и постоянство состава группы, а также приверженность и поддержка со стороны государства. Вместе эти составляющие процесса могут создать в системе здравоохранения культуру стремления к совершенству, постоянного укрепления организационно-кадрового потенциала и улучшения показателей деятельности, благодаря чему ОДСЗ станет устойчивым и постоянным процессом.

ОДСЗ дает возможность выявить и устранить имеющиеся пробелы в обеспеченности данными. Оценка позволяет улучшить информационный компонент системы здравоохранения, выявляя пробелы в данных, что является первым шагом к повышению качества и доступности данных. В приведенных здесь семи примерах качество и наличие данных варьируется, однако общая ситуация характеризуется нехваткой данных о факторах риска, моделях поведения и неравенствах в отношении здоровья в зависимости от пола, уровня доходов и образования.

ОДСЗ пролила свет на целый ряд проблем, связанных с фрагментацией баз данных, и указала на возможности, которые создает объединение данных из различных источников.

ОДСЗ может вести к улучшению понимания деятельности системы здравоохранения на местном и региональном уровне. Общенациональная ОДСЗ – это в первую очередь национальный проект, преследующий цели на уровне всей страны. В то же время, успешное проведение процесса и использование его результатов также зависит от того, насколько местные и региональные власти понимают и принимают ОДСЗ. В будущем процесс ОДСЗ в Европе должен быть больше ориентирован на такие оценки, которые могли бы лучше отражать деятельность на местном и региональном уровне.

ОДСЗ невозможна без обмена опытом на международном уровне. Обмен опытом между странами помогает им находить оптимальные возможности для применения ОДСЗ и улучшения благодаря таким оценкам своих систем здравоохранения. Однако если процесс будет ориентирован исключительно на международные модели и способы применения ОДСЗ, это может препятствовать развитию подходов, учитывающих особенности конкретных стран. Авторы надеются, что оценку систем здравоохранения будет проводить все больше стран, и обмен опытом в отношении проведения ОДСЗ станет непрерывным и расширяющимся процессом.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Smith PC et al., eds. Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects. Cambridge, Cambridge University Press, 2009:3-24.
2. Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2000 г. Системы здравоохранения: улучшение деятельности. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2000 г. (http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_ru.pdf, по состоянию на 10 июня 2012 г.).
3. Armenia health system performance assessment 2009. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/103385/E92994.pdf, accessed 16 May 2011).
4. Vlayen J et al. A first step towards measuring the performance of the Belgian healthcare system. Brussels, Belgian Health Care Knowledge Centre, 2010 (http://www.kce.fgov.be/index_en.aspx?SGREF=14851&CREF=16558, accessed 20 July 2011).
5. Belgian Health Care Knowledge Centre [web site]. Brussels, Belgian Health Care Knowledge Centre, 2012 (<http://www.kce.fgov.be>).
6. Таллиннская хартия: Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/88612/E91438R.pdf, по состоянию на 10 июня 2012 г.).
7. De Cock J. Performance of the Belgian health system: a first step towards measuring performance. Brussels, Belgian Health Care Knowledge Centre, 2010 (http://www.riziv.be/information/all/studies/study48/pdf/performance_health_care_EN.pdf, accessed 20 July 2011).
8. The operating framework for the NHS in England 2012/13. London, Department of Health, 2011 (http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_131360).
9. The operating framework for the NHS in England 2011/12. London, Department of Health, 2010 (http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_122738).
10. NHS outcomes framework 2012–13. London, Department of Health, 2011 (http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_131700). Case studies on health system performance assessment

11. Mulligan J, Appleby J, Harrison A. Measuring the performance of health systems. *British Medical Journal*, 2000, 321 (7255): 191–192.
12. Smith P, Busse, R. Targets and performance measurement. In: Smith P et al., eds. *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. Cambridge, Cambridge University Press, 2009:509–536.
13. Bevan G, Hood C. Have targets improved performance in the English NHS? *British Medical Journal*, 2006, 332:419–422.
14. Gubb J, Bevan G. Have targets done more harm than good in the English NHS? *British Medical Journal*, 2009, 338:442–443.
15. Bevan G. Performance measurement of “knights” and “knaves”: differences in approaches and impacts in British countries after devolution. *Journal of Comparative Policy Analysis*, 2009, 11(3):317–340.
16. *Quality accounts toolkit 2010/2011: advisory guidance for providers of NHS services producing quality accounts for the year 2009/2010*. London, Department of Health, 2010 (http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_122545, accessed 16 May 2011).
17. *Operational plans 2008/2009–2010/11*. London, Department of Health, 2008 (http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_082560.pdf, accessed 16 May 2011).
18. *NHS Tower Hamlets performance report 2009/10*. London, Department of Health, 2011 (<http://www.towerhamlets.nhs.uk/publications/?EntryId4=36186>, accessed 16 May 2011).
19. *Transparency in outcomes: a framework for quality in adult social care. The 2011/12 adult social care outcomes framework*. London, Department of Health, 2011 (http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_125686.pdf, accessed 29 August 2011).
20. *NHS outcomes framework 2012–13*. London, Department of Health, 2011 (http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_131700).
21. *Healthy lives, healthy people white paper: update and way forward*. London, Department of Health, 2011 (<http://www.dh.gov.uk/en/Publichealth/Healthyliveshealthypeople/index.htm>, accessed 29 August 2011).

22. Estonia health system performance assessment: 2009 snapshot. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0015/115260/E93979.pdf, accessed 16 May 2011).
23. Estonian Health Insurance Fund [web site]. Tallinn, Estonian Health Insurance Fund, 2012 (<http://www.haigekassa.ee/eng/>).
24. Atun RA et al. Estonian health system: analysis of the strengths, weaknesses, opportunities and threats. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (<http://rahvatervis.ut.ee/handle/1/1361>, accessed 18 January 2012).
25. Atun RA. Advisory support to primary health care evaluation model: Estonia PHC evaluation project final report. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (<http://ee.euro.who.int/EstoniaWHOEvauationRAtunFinalReport271204.pdf>, accessed 18 January 2012).
26. Atun RA et al. Introducing a complex health innovation – primary health care reforms in Estonia (multi-methods evaluation). *Health Policy*, 2006, 79:79–91.
27. Jakab M. Lessons learnt from a decade of capacity building for evidence-informed policy making in CIS and FSU. 1st Global Symposium on Health Systems Research, Montreux, Switzerland, 18 November 2010.
28. McEuen M. The pilot process: case study on piloting complex health reforms in Kyrgyzstan. Bethesda, MD, The Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates, 2004 (http://www.phrplus.org/Pubs/Tech036_fin.pdf).
29. Kutzin, J. Performance indicators and evaluation framework for 2nd World Bank-funded health project for the Kyrgyz Republic. Bishkek, Manas Health Policy Analysis Project, 2000 (Policy research paper, No. 2; <http://www.hpac.kg/images/pdf/EvalFrameworkUpdated.E.pdf>).
30. Kyrgyz Republic manas taalimi national health reform program indicator package 2009. Bishkek, Health Policy Analysis Center of the Kyrgyz Republic, 2009 (<http://www.hpac.kg/images/pdf/indicators2009.eng.pdf>, accessed 20 December 2010).
31. Portugal health system performance assessment. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (<http://www.acs.min-saude.pt/files/2011/01/PortugalHSAP.pdf>, accessed 16 May 2011).
32. Turkey Health System Performance Assessment 2011. Executive Report. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (in press).

ПРИЛОЖЕНИЕ 1: ОПИСАНИЕ ИНТЕРВЬЮ

Ниже приводится описание всего спектра вопросов, которые могут быть заданы ведущим источникам информации в отношении ОДСЗ. В каждой стране проводится интервью с одним ведущим источником информации и с основными источниками информации, представляющими различные аспекты ОДСЗ (до 5 человек). Ведущему эксперту будет предложено посоветовать лиц, которые могли бы выступить в качестве других основных источников информации. Ведущий эксперт должен также будет посоветовать, какие вопросы следует задавать каждому из экспертов в зависимости от их роли в процессе ОДСЗ.

Часть 1. Введение, основные факты (1/2 страницы)

- Пожалуйста, вкратце опишите основные элементы ОДСЗ в вашей стране. Каковы ее отличительные черты? На чем делается основной акцент оценки? Как бы вы охарактеризовали «вашу» ОДСЗ?
- Сколько отчетов об ОДСЗ было подготовлено? Как часто они составлялись?

Часть 2. Контекст политики, цели и заинтересованные стороны (2 страницы):

- Какова была ваша роль в ОДСЗ?
- Кто инициировал ОДСЗ?
- Вопросы, связанные с контекстом и сферой применения политики:
 - Как ОДСЗ связана с другими инструментами лидерства и стратегического руководства (например, национальный процесс выработки политики здравоохранения, мониторинг и оценка, оценка технологий здравоохранения, подготовка кратких аналитических обзоров и т.д.)? Является ли ОДСЗ частью скоординированного подхода к формированию базы фактических данных и использованию этих данных для выработки политики? Кто выполняет эти функции в вашей стране?
 - Существует ли в вашей стране традиция или культура проведения мониторинга и оценки здоровья и системы здравоохранения, или же интерес к таким оценкам? Насколько, по вашему мнению, проведение ОДСЗ способствует/помогло возникновению в стране такой культуры оценки деятельности?

- Существовала ли явная или неявная связь между ОДСЗ и процессом выработки политики здравоохранения в вашей стране? (Последующий вопрос: имеется ли в стране комплексная национальная политика здравоохранения? Каков ее срок действия? Была ли ОДСЗ проведена в начале процесса, для сбора данных для выработки политики, или же в конце процесса, для оценки его результатов, или же ОДСЗ никак не связана с выработкой политики?) Считаете ли вы, что эту связь нужно усилить? Почему вы так считаете?
- Была ли ОДСЗ прямо или косвенно связана с избирательными циклами? Считаете ли вы, что выборы органов власти могли ускорить или замедлить процесс оценки? Как можно и нужно гарантировать объективность результатов в таких условиях?
- В каких сферах проводилась оценка (медико-санитарная помощь, система здравоохранения, здоровье населения)? Кто и на основании чего определил сферы для оценки? Все ли заинтересованные стороны были согласны с определенными сферами оценки?
- **Вопросы, связанные с задачами и целями:**
 - Какие цели вы ставили перед ОДСЗ в начале процесса (если собеседник не является человеком, который отвечал за ОДСЗ, вопрос должен звучать так: как вы думаете, что хотели достичь инициаторы ОДСЗ в начале процесса)?
 - Последующий вопрос относительно мотивов: была ли проблема, которую должна была решить ОДСЗ, действительно актуальной?
 - Четко ли были сформулированы цели ОДСЗ (как во время проведения, так и в документе по ОДСЗ)?
 - Считаете ли вы, что сфера применения ОДСЗ соответствовала поставленным целям?
 - Какие именно вопросы в отношении политики обсуждались в начале процесса ОДСЗ? Поменялись ли эти вопросы впоследствии? Поменяются ли эти вопросы в следующем отчете об ОДСЗ? Существует ли процесс для регулярной адаптации этих изменений?
 - Менялись ли со временем цели ОДСЗ? (Имеются в виду как институциональные, так и личные цели).
- **Вопросы, касающиеся роли заинтересованных сторон:**
 - Какое учреждение несет/несло ответственность за мониторинг/оценку вашей системы здравоохранения? Какие структуры являются основными участниками процесса? Имеются ли структуры, выступающие против мониторинга и оценки?

- Имелись ли у процесса ОДСЗ спонсоры? Если да, то кто?
- Какие структуры были вовлечены в процесс ОДСЗ на различных его этапах (спонсоры/инициаторы/рабочая группа/комиссии экспертов/консультативный комитет)?
- Сейчас, оглядываясь на пройденный путь, считаете ли вы, что все функции в процессе ОДСЗ выполнялись подходящими для этого людьми? Могла ли оценка оказаться более плодотворной, если бы различные ее аспекты осуществлялись другими сторонами?
- Как была воспринята инициатива? Сталкивалась ли инициатива с противодействием со стороны каких-либо организаций или групп заинтересованных сторон? Кто оказывал инициативе особую поддержку?

Часть 3. Разработка модели осуществления ОДСЗ

- Какая система/модель была взята за основу при подготовке ОДСЗ? Использовались ли при подготовке оценки модели ОДСЗ из других стран? Если да, вносились ли в них коррективы? Если да, что именно менялось в моделях и чем был обусловлен этот выбор?
- Каковы, по вашему мнению, сильные и слабые стороны модели? Вы бы использовали эту же модель еще раз? Хотели бы вы добавить или убрать какие-то аспекты модели, или использовали бы другую структуру организации аспектов?
- Присутствовали ли в модели инновации? Если да, что чем были обусловлены эти особенности?
- Как создавалось ощущение ответственности за модель оценки? Кто занимался разработкой или модификацией модели? Насколько открытым для участия был процесс? Считаете ли вы, что все заинтересованные партнеры действительно ощущали свою причастность к созданию „итогового продукта“ оценки?
- Можете ли вы сказать, что сейчас модель признается „организующей структурой“ за пределами самого процесса ОДСЗ? Если да, то в чем, по вашему мнению, заключаются причины успеха?
- Как обеспечивалось чувство ответственности за выбор показателей?
- Каков охват вашей модели оценки? Охватывает ли она все аспекты деятельности системы здравоохранения? Считаете ли вы, что некоторым аспектам уделяется избыточное/недостаточное внимание? Обусловлено ли это явным решением отражать стратегические приоритеты?

- Как ваша система оценки связана с системами оценки более высокого/более низкого уровня? Например, есть ли в вашей стране общенациональные/ региональные/местные системы оценки? Есть ли в стране системы оценки программ? Есть ли системы, созданные специально для общественного здравоохранения? Имелись ли в вашей стране механизмы обеспечения согласованности между этими различными уровнями оценки?

Часть 4. Анализ проведения оценки: процессы и их продукты

• Процесс ОДСЗ:

- Сколько было опубликовано отчетов об ОДСЗ?
- Пожалуйста, в общих чертах опишите процесс ОДСЗ от начала до конца. Сколько времени занял процесс с момента формирования идеи до создания окончательной версии отчета об ОДСЗ? Назовите, пожалуйста, основные события в процессе осуществления (например, обзорные совещания, церемонии открытия, презентации и т.д.).
- Считаете ли вы ОДСЗ в вашей стране процессом или проектом? Иными словами, можете ли вы назвать оценку непрерывным процессом с регулярными отчетами/исследованиями, или же это, скорее, единичный проект (лишь с одним или двумя отчетами). Если это непрерывный процесс, как вы обеспечиваете его ход? Если это единичный проект, планируется ли сделать его более стабильным и регулярным? Считаете ли вы это необходимым?
- Полагаете ли вы, что в вашей стране группа лиц, ответственных за управление/организацию процесса ОДСЗ, должна располагаться в структуре министерства здравоохранения, или же быть независимой от министерства? Почему? На момент принятия решения о том, кто будет управлять процессом ОДСЗ, какие центры/органы в структуре министерства здравоохранения и за его пределами располагали каким организационно-кадровым потенциалом? Как этот располагаемый потенциал повлиял на выбор группы людей/органа, отвечающего за ОДСЗ?
- Сейчас, оглядываясь на пройденный путь, считаете ли вы, что в процесс ОДСЗ были вложены достаточные и надлежащие ресурсы (как кадровые, так и финансовые) для достижения его целей?
- Какие факторы способствовали осуществлению оценки? Какие факторы препятствовали осуществлению оценки? Были ли в процессе ОДСЗ какие-либо важные события, которые поменяли курс оценки? Осуществляется/осуществлялась ли ОДСЗ так, как было запланировано, или же процесс претерпел изменения? Если да, то почему?

- Кто имеет/имел возможность делать комментарии во время процесса? Насколько широко заинтересованные стороны могли участвовать в процессе? Считаете ли вы, что участие должно было быть более широким/менее широким? Почему? Насколько централизованным был процесс? Способствовала ли централизация проведению оценки? Или же, наоборот, способствовала ли децентрализация укреплению общей ответственности за процесс (например)? Насколько независимым вы можете назвать процесс?
- **Сбор данных:**
 - Кто осуществлял сбор данных? Стимулировался ли этот процесс извне? Кто анализировал данные?
 - Поступали ли к вам данные из разных источников? Существует ли в вашей стране традиция обмена данными или обращения за услугами агентств по сбору данных? Какими были основные трудности, связанные со сбором данных из различных баз данных?
 - Были ли выявлены пробелы в данных? Приходилось ли отказываться от актуальных показателей только потому, что данные по ним отсутствовали или были ненадежными? Проводились ли внеплановые мероприятия по сбору данных для восполнения пробелов? Делались ли в информационной системе долгосрочные изменения в отношении процесса сбора данных?
 - Достаточно ли имеется данных для оценки проблемы неравенств? Можно ли дезагрегировать данные по группам? Были ли выявлены пробелы в данных именно благодаря ОДСЗ?
 - Была ли приемлемой нагрузка, связанная со сбором данных? Каков был имеющийся потенциал для сбора и анализа данных для ОДСЗ?
- **Распространение:**
 - Как рекламировался проект ОДСЗ? Проводилась ли официальная церемония начала оценки? Проявляли ли СМИ интерес к проекту? Проявляли ли интерес политики? Был ли проект представлен в парламенте/становился ли проект предметом парламентских слушаний? Упоминался/цитировался ли проект исследователями, профессиональными советами/ объединениями/ политиками/ официальными лицами, вырабатывающими политику?
- **Воздействие и эффект**
 - Воспринималась ли ОДСЗ как мероприятие, имеющее юридическую силу и последствия – например, признавались ли результаты ОДСЗ официальными лицами, вырабатывающими политику, и соответствовали ли принимаемые ими решения результатам оценки?

- Как использовалась ОДСЗ? К каким изменениям привела ОДСЗ (например, изменение стратегии, новый национальный план здравоохранения, создание новых учреждений, запуск новых программ и т.д.)? Можете ли вы назвать какие-либо конкретные механизмы, которые помогли ОДСЗ достичь полученного эффекта (например, расширение базы фактических данных, повышение качества данных, совершенствование системы управления данными, укрепление потенциала, содействие диалогу между секторами)?
- Имея сейчас возможность оглянуться на проделанный путь, считаете ли вы, что ОДСЗ стала эффективным средством [решения проблемы], или же другие инициативы/подходы могли бы решить проблему более эффективно? Если да, то назовите эти инициативы.
- Достигла ли ОДСЗ своих первоначальных целей?
- Оказала ли ОДСЗ какое-либо непредвиденное и незапланированное воздействие?

Часть 5. Дальнейшие шаги: институционализация и стабильность

- Имеется ли в вашей стране институциональная структура для регулярного проведения ОДСЗ?
- Каковы перспективы в отношении стабильности процесса? Закреплены ли полномочия по проведению ОДСЗ в будущем в каких-либо законах или постановлениях?
- Предвидите ли вы превращение ОДСЗ в непрерывный процесс? Создаются ли для этого институциональные механизмы и выделяются ли ресурсы?

Какими «полученными уроками» в отношении вашего опыта проведения ОДСЗ в стране вы хотели бы поделиться?

ПРИЛОЖЕНИЕ 2. СЕМИНАР ПО ОБСУЖДЕНИЮ НАБОРА ИНСТРУМЕНТОВ ДЛЯ ОЦЕНКИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДЛЯ ЕВРОПЕЙСКОГО РЕГИОНА, КОПЕНГАГЕН, ДАНИЯ, 30-31 МАЯ 2011 Г.

Список участников

Д-р Ceren Akbiyik

Школа общественного здравоохранения (TUSAK)

Министерство здравоохранения

Д-р Диана Андреасян

Руководитель группы оценки деятельности системы здравоохранения

Национальный институт здравоохранения

Армения

Д-р Eugenia Berzan

Министерство здравоохранения

Республики Молдова

Д-р Fabrizio Carinci

Италия

Д-р Ayşegül Gencoglu

Школа общественного здравоохранения (TUSAK)

Министерство здравоохранения

Турция

Г-жа Tea Giorgadze

Директор Отдела политики здравоохранения

Управление организации медико-санитарной помощи

Министерство труда, здравоохранения и социальной защиты

Грузия

Д-р Elke Jakubowski

Германия

Д-р Taavi Lai
Старший аналитик
Министерство социальных дел
Эстония

Д-р Pascal Meeus
Национальный институт медицинского
страхования и страхования от
нетрудоспособности
(INAMI)
Бельгия

Д-р Odile Mekel
Институт здоровья и труда федеральной земли
Северный Рейн – Вестфалия (LIGA.NRW)
Германия

Д-р Paulo Jorge Nicola
Португалия

Д-р Silvia Gabriela Scintee
Национальный институт общественного
здравоохранения, управления и
повышения квалификации
Румыния

Г-жа Sema Safir Sumer
Турция

Г-жа Doreen Cunningham Walton
Le Pre Farm
Соединенное Королевство

Представители других организаций

Организация экономического сотрудничества и развития

Проф. др. N.S. Klazinga
Франция

Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией

Д-р George Shakarishvili
Старший советник, Укрепление систем
здравоохранения
Швейцария

Региональное бюро ЮНИСЕФ для стран ЦВЕ/СНГ

Д-р Octavian Bivol
Региональный советник
Системы и политика здравоохранения
Швейцария

Всемирная организация здравоохранения

Г-жа Isabel Yordi Aguirre
Технический сотрудник, Отдел гендерных
аспектов политики здравоохранения и
межсекторальных программ и Отдел
специальных проектов регионального директора

Д-р Richard Alderslade
Старший советник, секция политики
здравоохранения Отдела систем здравоохранения
и охраны общественного здоровья

Г-жа Sara Fischer
Стажер, секция стратегического руководства
здравоохранением Отдела систем здравоохранения
и охраны общественного здоровья

Д-р Ann-Lise Guisset
Технический сотрудник,
секция стратегического руководства
здравоохранением Отдела систем здравоохранения
и охраны общественного здоровья

Д-р Andreas Hasman
Советник по политике здравоохранения
Страновой офис ВОЗ, Молдова

Д-р Hans Kluge
Директор, Отдел систем здравоохранения
и охраны общественного здоровья

Д-р Martin Kraye von Krauss
Технический сотрудник, секция оценки
стратегий в области систем
здравоохранения и их воздействия Отдела систем
здравоохранения и охраны общественного
здоровья

Д-р Jose M. Martin-Moreno
Директор по управлению программами

Д-р Govin Permanand
Руководитель программы, секция фактических
данных и информации для выработки политики
Отдел информации, фактических данных, научных
исследований и инноваций

Г-жа Sarah Simpson
Руководитель проекта
Социальные детерминанты здоровья и
Социальная справедливость систем здравоохранения
Европейский офис ВОЗ по инвестициям в здоровье и развитие

Д-р Claudia Elizabeth Stein
Директор
Отдел информации, фактических данных, научных
исследований и инноваций

Г-н Szabolcs Szigeti
Сотрудник
Страновой офис ВОЗ, Венгрия

**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
Эл. адрес: postmaster@euro.who.int