



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

КРАТКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ
ПРИНЦИПОВ № 4

Сравнение деятельности систем здравоохранения как инструмент влияния на повестку дня в области политики, информационного обеспечения и научных исследований

Peter C. Smith, Irene Papanicolas

Ключевые слова:

HEALTH SYSTEMS PLANS –
organization and
administration

DELIVERY OF HEALTH CARE –
organization and
administration

OUTCOME ASSESSMENT
(HEALTH CARE)

COMPARATIVE ANALYSIS

HEALTH CARE SURVEYS

HEALTH POLICY

EUROPE

Предлагаемое краткое изложение принципов является одним из новой серии документов, предназначенных для должностных лиц, вырабатывающих политику, и руководителей систем здравоохранения.

При подготовке таких документов ставится задача разработать ключевые тезисы для поддержки процесса формирования политики на научной основе, и редакционная коллегия вместе с авторами продолжит работу по улучшению этой серии, в частности, усилив внимание к вопросам, связанным с выбором тех или иных вариантов политики и их реализацией.

© Всемирная организация здравоохранения, 2012 г., и Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2012 г.

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

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

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

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.

The translation and production of the Russian version of this publication was financed by the Ministry of Health of the Russian Federation.

Министерство здравоохранения Российской Федерации финансировало перевод и печать этой публикации на русском языке.

Сравнение деятельности систем здравоохранения как инструмент влияния на повестку дня в области политики, информационного обеспечения и научных исследований

Peter C Smith, Irene Papanicolas

Данная работа представляет собой краткое изложение материала, написанного для готовящейся к изданию книги Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. Мы с благодарностью отмечаем ценный вклад всех авторов в подготовку книги и настоящего краткого изложения.

Сравнение деятельности систем здравоохранения как инструмент влияния на повестку дня в области политики, информационного обеспечения и научных исследований

Содержание	Страница
Основные положения	iv
1 Вопрос стратегического значения: для чего нужны международные сравнения?	1
2 Выводы, которые можно сделать сегодня из опыта международных сравнений	3
3 Как сравнивать основные аспекты деятельности	11
4 Направления будущих работ и выводы	43
Библиография	50

Авторы

Irene Papanicolas, преподаватель экономики здравоохранения, Department of Social Policy, London School of Economics and Political Science, Лондон, Соединенное Королевство

Peter C. Smith, профессор политики здравоохранения, Imperial College Business School and the Centre for Health Policy, Лондон, Соединенное Королевство

Редакция

Под редакцией Европейского бюро ВОЗ и Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения

Главный редактор
Govin Permanand

Редакционная коллегия
Josep Figueras
Claudia Stein
John Lavis
David McDaid
Elias Mossialos

Ответственные за выпуск
Kate Willows Frantzen
Jonathan North
Caroline White

Авторы и редакторы выражают благодарность рецензентам, которые прислали свои комментарии по данной публикации и поделились своими профессиональными знаниями и опытом.

№ 4

ISSN 2078-5011

Основные положения

Вопрос стратегического значения

- Международные сравнения деятельности систем здравоохранения способны стать богатейшим источником фактических данных, а также инструментом влияния на политику.
- Сравнения между странами, проводимые без применения критериев, правильность которых должным образом подтверждена, и без объективной интерпретации с точки зрения политики, могут иметь негативные стратегические последствия, поэтому при выборе показателей, использовании методик и интерпретации полученных результатов необходимо соблюдать осторожность.

Уроки из опыта международных сравнений

- Международные сравнения систем здравоохранения, проведенные такими международными учреждениями, как ВОЗ или ОЭСР, вызвали огромный интерес, особенно после выхода в свет Доклада о состоянии здравоохранения в мире 2000 г., в котором был наглядно представлен потенциал взаимного обогащения стран знаниями благодаря внимательному изучению сопоставимых данных, и показаны трудности, которые необходимо преодолевать на этом пути:
 - Определения показателей деятельности должны быть четкими и последовательными и вписываться в ясную понятийную систему.
 - Системы показателей, используемые при международном сравнении, должны быть повсеместно признанными; они должны определяться однозначными терминами, согласующимися с системами сбора данных в большинстве стран.
 - Для того, чтобы провести содержательные сравнения и понять факторы, вызывающие различия в оценках между разными системами, обычно нужно вносить поправки на различия в демографических, социальных, культурных и экономических условиях в странах.
 - Показатели оценки деятельности всей системы здравоохранения, выражающиеся "единственным численным параметром", хотя и дают более обобщенное представление о результатах деятельности, но ограничивают масштаб для действий на уровне политики и могут отвлекать лиц, формирующих политику, от выявления и исправления тех элементов своей системы, которым требуется особое внимание.

- Уроки из опыта оценки путем сравнения с известными эталонами (бенчмаркинга) в других секторах свидетельствуют о том, что такой способ оценки – применительно к системам здравоохранения – всегда наиболее эффективен, когда главное внимание в оценке обращается как на практику, так и на результаты деятельности, когда она привязана к более широкому процессу изменений, когда она проводится по строгой схеме и тщательно спланирована таким образом, чтобы вовлечь заинтересованных партнеров, и, наконец, когда в ней внимательно рассматривается вопрос о том, как результаты деятельности связаны с распределением ресурсов.

Уроки недавнего опыта сравнения систем здравоохранения

- При определении границ системы здравоохранения важно знать о преимуществах выбора как узких, так и широких границ. Узкие границы больше подходят для того, чтобы устанавливать ответственность заинтересованных партнеров, тогда как более широкие границы лучше иметь для более целостного понимания детерминант особо ценимых итоговых результатов.
- Оценка эффективности деятельности позволяет определить, в какой степени система здравоохранения достигает своих основных целей. Однако прогресс, достигнутый в развитии методов сбора данных по разным аспектам деятельности по охране здоровья, неодинаков.
- Разумеется, необходимо предпринять усилия по совершенствованию сбора данных, однако и лица, вырабатывающие политику, должны со своей стороны ознакомиться с недостатками существующих показателей, чтобы правильно интерпретировать эти показатели.

Сравнение основных аспектов эффективности деятельности

- Меры состояния здоровья населения часто предполагают широкое видение этого аспекта, при котором учитывается влияние многих детерминант здоровья, а не только предоставления медико-санитарной помощи. Такой широкий подход может быть привлекательным с политической точки зрения, так как при нем не остается без внимания важная роль многих секторов, определяющих итоговые показатели здоровья. Однако при таком подходе также возникают серьезные методологические проблемы, когда делается попытка объяснить изменения в показателях здоровья какой-то определенной стратегией. При более узком подходе, каковым является, например, концепция предотвратимой смертности, все внимание сосредоточено на показателях, которые легче отнести на счет медико-санитарной помощи и которые в силу этого в большей

степени поддаются изменению непосредственными действиями на уровне политики здравоохранения.

- Все показатели здоровья населения страдают целым рядом методологических недостатков, которые необходимо устранить, чтобы международные сравнения стали более содержательными и понятными. К числу основных проблем относятся наличие и кодирование данных, особенно данных о причине смерти, когда возникают проблемы сопоставимости между странами и между разными отрезками времени.
- Прямые показатели вклада служб здравоохранения в состояние здоровья населения имеются в виде показателей качества медико-санитарных услуг, таких как стандартизованные коэффициенты больничной летальности и многочисленные оценки итоговых показателей здоровья с привязкой к определенным заболеваниям, например, коэффициенты смертности, неблагоприятные события и осложнения. Намного меньше распространены более широкие меры оценки результатов в таких областях, как ограниченность возможностей и дискомфорт.
- Хотя существующие меры оценки медико-санитарных услуг и позволяют иметь некоторые показатели деятельности отдельных организаций, международное сравнение осложняется различиями в организационных структурах и традиционных правилах представления отчетности даже после внесения соответствующих поправок на нозологический состав больных и другие обстоятельства конкретной ситуации.
- Хотя сравнительные показатели, касающиеся неравенства в отношении здоровья и социальной справедливости в доступе к медико-санитарной помощи, имеются как на уровне Европейского региона, так и на других уровнях, показатели социальной справедливости, выведенные из существующих проектов и массивов данных, могут вводить в заблуждение, выработавших политику, в заблуждение вследствие недостатков в наличии и сопоставимости данных.
- Некоторые важные показатели, такие как частота случаев катастрофических расходов, выводятся из многочисленных аспектов финансовой защиты. Однако оказалось трудно выработать единый показатель, который учитывал бы полную степень защищенности людей в финансовом отношении от ударов, вызванных ухудшением здоровья. В настоящее время основу системы показателей финансовой защищенности и сравнений между системами

составляют меры частоты и масштабов прямой оплаты домашними хозяйствами медико-санитарной помощи.

- По-прежнему нет ясности в отношении того, какие параметры должны быть включены в аспект отзывчивости системы, который включает такие понятия, как уважительное отношение, конфиденциальность и оперативность оказания помощи больным. Эта неопределенность приводит к тому, что оценка разных областей осуществляется с использованием разных инструментов с разными статистическими весами, разных аспектов и показателей, которые потом трудно обобщать и сравнивать.
- Показатели экономической эффективности служат совокупной мерой того, насколько разумно используются ресурсы, вводимые в систему здравоохранения в виде расходуемых средств и других ресурсов, для достижения целей системы здравоохранения. Почти все показатели экономической эффективности представляют собой отношение вводимых факторов к произведенной продукции, и это позволяет иметь представление о том, в какой степени на некоторых этапах или в ходе всего производственного процесса было допущено непроизводительное использование ресурсов.
- При оценке экономической эффективности основную трудность представляет отнесение вводимых факторов и связанных с ними издержек к конкретным мероприятиям системы здравоохранения, при котором часто приходится основываться на произвольных правилах бухгалтерского учета или других вызывающих сомнения методах распределения ресурсов. В принципе использованные вводимые факторы должны непосредственно и полностью соответствовать произведенной продукции, являющейся предметом рассмотрения.

Направления будущих работ

- Главными требованиями, которые должны быть соблюдены для того, чтобы создать сравнимые показатели, способные удовлетворить потребности лиц, вырабатывающих политику, являются следующие: правильно выбранные методы обобщения сложной информации; повествовательное изложение, в котором схвачены ключевые вопросы и неопределенности; "диагноз" причин возникновения выявленных в результате сравнения различий и оценка значения результатов для действий, которые необходимо предпринять в области политики.

1. Вопрос стратегического значения: для чего нужны международные сравнения?

Отдельные страны все активнее стремятся внедрять более систематические методы оценки деятельности своих систем здравоохранения и сравнения показателей их деятельности с показателями систем в других странах. Лица, вырабатывающие политику, признают, что без таких оценок и сравнений трудно выявить положительную или порочную практику оказания медицинских услуг или определить хороших и плохих работников ("что и кто дает хорошие результаты"), разработать план реформирования системы здравоохранения, защитить пациентов и плательщиков или представить убедительные аргументы в пользу инвестирования в медико-санитарную помощь. Оценка также занимает центральное место в мероприятиях по повышению подотчетности перед гражданами, пациентами и плательщиками за действия и итоговые показатели деятельности системы здравоохранения. Такое повышенное внимание к оценке совпадает с колоссальным ростом возможностей для оценки и анализа, который имел место в последнее десятилетие и в немалой степени был обусловлен масштабными изменениями в информационной технологии и сопутствующим прогрессом в методиках оценки.

Однако, несмотря на значительный прогресс, достигнутый такими организациями, как Европейская комиссия, ОЭСР, фонд Commonwealth Fund и ВОЗ, а также отдельными странами, работы по проведению сравнения деятельности все еще находятся на начальных стадиях, и остается много проблем, касающихся разработки и реализации схем сравнения.

Современное положение дел в области оценки деятельности всесторонне рассмотрено в книге, которая была издана после Таллиннской конференции – *Performance measurement for health system improvement* (Smith et al., 2009) ["Оценка деятельности в целях совершенствования систем здравоохранения", на англ. языке]. В книге выделены важные источники международных сравнений, отмеченные выше, но также подчеркивается ограниченность некоторых инициатив по оценке деятельности как с точки зрения их сферы охвата, так и с точки зрения полезности для политики. В ней показаны трудности интерпретации источников информации о деятельности с точки зрения политики системы здравоохранения. В книге также обращается внимание на опасность того, что распространенный ныне акцент на частичные аспекты деятельности может привести к серьезным искажениям политики, если он не будет сопровождаться осторожным комментарием о том, какое значение различия в результатах деятельности имеют для совершенствования и реформирования системы здравоохранения.

Осторожность и критический анализ тем более важны в свете растущего аппетита государств-членов, граждан и СМИ на сравнения деятельности между странами и на оценку путем сопоставления с имеющимися эталонами, а также ввиду требований, которые могут из этого вытекать.

Таким образом, проведенные надлежащим образом сравнения деятельности между странами могут быть богатым источником фактических данных, а также мощным инструментом влияния на политику. Однако необходимо соблюдать осторожность, поскольку инициативы, в основе которых лежат недостаточно проверенные показатели и необъективная интерпретация политики, могут приводить к выбору неэффективных или даже неблагоприятных вариантов политики.

Вот почему необходимо с максимальной эффективностью использовать потенциал сравнительной оценки деятельности систем здравоохранения (ОДСЗ), развивая дальше заслуживающие доверия инициативы и укрепляя как методологическую основу, так и анализ политики. Это включает в себя необходимость показывать не только "правильное употребление" сравнений, но и "злоупотребления" ими при выработке политики. Иными словами, помимо выявления информационного содержания и потенциала оценок деятельности, аналитики должны показывать, какие выводы нельзя делать из этого анализа, какие недостатки имеются в используемых в настоящее время мерах оценки, и предлагать продуктивные улучшения в будущем.

В предлагаемом кратком изложении принципов ставится цель в сжатом виде представить нынешний "уровень развития" в области сравнения систем здравоохранения, показать проблемы, связанные с данными, и методологические проблемы и исследовать связь между фактическими данными и практикой на сегодняшний день. В нем также очерчиваются приоритетные направления будущих работ в области сравнения деятельности в части создания инструментария оценки, развития аналитических методов и оценки фактических данных о результатах деятельности. В заключение будут представлены основные выводы и будущие приоритеты, которые следует иметь в виду руководителям, вырабатывающим политику.

2. Выводы, которые можно сделать сегодня из опыта международных сравнений

а. Выводы из опыта международных сравнений в области здравоохранения

Международные сравнения систем здравоохранения, проведенные такими международными учреждениями, как ВОЗ или ОЭСР, вызвали огромный интерес, особенно после выхода в свет Доклада о состоянии здравоохранения в мире 2000 г. (ВОЗ, 2000 г.). Правда, отдельные попытки оценить функционирование предпринимались гораздо раньше, лет за сто до этого доклада, но в докладе был представлен потенциал взаимного обогащения стран знаниями, которые дает внимательное изучение сопоставимых данных. Тщательно изучив уроки Доклада о состоянии здравоохранения в мире 2000 г. и других крупномасштабных международных сравнений систем здравоохранения, проведенных после этого, можно сделать ряд выводов в отношении того, чему учит этот практический опыт.

Целесообразность выработки такой меры эффективности всей системы здравоохранения, которая выражалась бы "единственным численным параметром", является предметом ожесточенных споров. Подобные сводные меры дают более обобщенное представление об эффективности деятельности, чем ряд разрозненных показателей, которые отражают функционирование отдельных элементов системы здравоохранения. Однако они могут скрывать слабые места в определенных элементах систем здравоохранения, и их трудно интерпретировать. Опыт показывает, что на данном этапе развития оценки и ее методологической основы полезность сравнения деятельности всей системы в целом вызывает ряд сомнений, особенно когда такое сравнение используется для ранжирования систем здравоохранения на мировом уровне. Результаты подобных попыток легко оспорить, и они могут отвлекать лиц, формирующих политику, от выявления и исправления тех элементов своей системы, которым требуется особое внимание.

Большинство мер оценки эффективности функционирования являются спорными и имеют те или иные недостатки. Это требует осторожных комментариев относительно имеющихся данных и более глубокого понимания причин различий между системами здравоохранения. С точки зрения международных сравнений, важнейшее требование состоит в том, чтобы показатели, используемые при международном сравнении, имели прямое отношение к целям системы здравоохранения, были повсеместно признаны и определялись однозначными терминами, согласующимися

с системами сбора данных в большинстве стран. В тех случаях, когда могут иметь место расхождения в методах сбора данных или представления отчетности, на это необходимо ясно указать в примечании рядом с показателем.

По некоторым направлениям, таким как отдельные аспекты сравнения качества систем здравоохранения и традиционные правила бухгалтерского учета, был достигнут определенный прогресс. Однако сохраняется много аспектов функционирования систем здравоохранения, в которых единого мнения в отношении того, как следует сформировать концепцию показателей или измерять их, нет: это аспекты отзывчивости, социальной справедливости и экономической эффективности. Также для того, чтобы провести содержательные сравнения и понять факторы, вызывающие различия в мерах оценки, применяемых разными системами, обычно нужно вносить поправки на различия в демографических, социальных, культурных и экономических условиях в странах. Во многих анализах делаются какие-то простейшие поправки на различия в демографических характеристиках, однако более серьезных подвижек в этой области очень мало, отчасти из-за отсутствия информации, необходимой для коррекции на такие обстоятельства. В этой связи можно с уверенностью говорить о необходимости решать серьезные задачи международного уровня – согласовать концептуальную основу для сбора сравнительной информации, договориться об аспектах, для которых требуются меры оценки, и согласовать конкретное содержание этих мер.

Кроме того, для целей оценки необходимо проявлять особую осторожность при изучении лишь отдельно взятого "моментального снимка" (поперечного среза) сравнительных характеристик функционирования. Более точные выводы можно сделать, если использовать временные ряды, однако это предъявляет более строгие требования в отношении наличия данных. Итоговые показатели здоровья (такие как смертность) часто являются продуктом вводимых факторов прошлых лет и не всегда отражают деятельность системы здравоохранения в ее теперешнем состоянии. И наоборот, сегодняшние вводимые факторы могут частично способствовать достижению будущих показателей. При наивном сравнении нынешних уровней достигнутых показателей может игнорироваться траектория развития системы здравоохранения, например, хорошие показатели деятельности на данный момент могут быть отнесены на счет нынешних усилий, а не, скажем, на счет осуществленных в прошлом программ профилактики. Вот почему крайне желательно, чтобы в любом сравнении таких итоговых показателей эти временные лаги учитывались: сравнение должно быть динамичным.

в. Выводы из опыта других секторов

Когда рассматривается вопрос о том, как можно сделать международные сравнения максимально полезными в системах здравоохранения, важно не ограничиваться тем, что было сделано в здравоохранении, а учиться на опыте оценки путем сравнения с имеющимися эталонами (сравнительной оценки, или бенчмаркинга) в других секторах. Собственно говоря, в настоящее время большой интерес к сравнительной оценке проявляется повсюду, и ее применение стало явлением международным. Разные формы сравнительной оценки преследуют разные цели и ведут к разным выводам. Можно выделить важное различие между сравнительной оценкой результатов деятельности и сравнительной оценкой практики. При сравнительной оценке результатов деятельности главные усилия сосредоточены на установлении стандартов, или эталонов деятельности, тогда как при сравнительной оценке практики ставится цель установить причины, по которым организации достигают своих уровней результатов деятельности. Как показывают фактические данные, сравнительная оценка результатов деятельности применяется шире, чем сравнительная оценка практики, хотя можно утверждать, что сравнительная оценка практики в долгосрочном плане полезнее.

При проведении сравнительной оценки возникают практические трудности. На ценность сравнительной оценки влияет решение о том, что и как оценивать путем сравнения с эталоном, с какими организациями сравниваться и как обеспечить сравнимость, какие использовать данные и являются ли эти данные надежными. Особенно в случае сравнительной оценки практики не всегда нужно стремиться к сравнимости организаций. Более того, когда основное внимание уделяется тому, как усовершенствовать процессы внутри организаций, часто бывает полезно сравнивать организации из совершенно разных секторов. Один из пионеров бенчмаркинга – компания "Ксерокс" – сравнила себя с фирмой "ЛЛ Бин", которая занималась продажей товаров по почте, потому что компания "Ксерокс" хотела усовершенствовать свои складские операции и процессы сбыта товаров, а фирма "ЛЛ Бин" славилась прекрасной организацией складского хозяйства и процессов сбыта.

Наибольший эффект сравнительная оценка имеет в тех случаях, когда она включена в более широкую программу перемен. Отсюда возникают вопросы: кто должен выполнять сравнительную оценку (т.е. самооценка или привлечение сторонних организаций) и кому должна направляться полученная в результате информация. Если сравнительная оценка выполняется сторонними организациями, а данные затем публикуются в открытой печати (что часто и случается в секторе здравоохранения), у объектов оценки возникает сильное желание занять оборонительную

позицию и представить свою организацию в самом выгодном свете. В крайних проявлениях это может приводить к извращенному и порочному поведению, когда люди предпринимая шаги, благодаря которым их оценки в результате сравнения выглядят лучше, даже если эти шаги в действительности не улучшают показателей деятельности организации.

Самая распространенная причина выполнения сравнительных оценок – это желание повысить экономическую эффективность и уменьшить расходы, хотя выгоды бенчмаркинга не ограничиваются только повышением экономической эффективности. Сравнительные оценки даже могут подсказать новые идеи, которые позволят повысить качество предоставляемых услуг. Однако, учитывая теперешнюю экономическую ситуацию во многих странах, скорее всего мы будем наблюдать повышенное внимание к сравнительным оценкам именно как к средству повышения экономической эффективности, т.е. выявления способов делать больше при меньших расходах (или, может быть, делать меньше при меньших расходах).

Помимо прямых выгод бенчмаркинга, могут быть и косвенные. Они особенно касаются перемен в культуре организации и повышения ее открытости для новых идей. Когда сотрудников поощряют к тому, чтобы они бывали в других организациях и старались понять их методы работы, это может стать чрезвычайно действенным средством, помогающим на многое раскрыть глаза сотрудников. Не зря утверждают, что на создание своей знаменитой системы производства фирму "Тойота" отчасти вдохновили посещения Тайичи Оно и его коллегами американских супермаркетов, где они наблюдали гораздо более отлаженный и ритмичный технологический процесс, чем тот, который можно традиционно наблюдать на заводах.

Разумеется, в сравнительных оценках есть не только положительные моменты, но и свои трудности. Так, одни организации утверждают, что проведенные ими мероприятия по сравнительной оценке никакой пользы им не принесли, в то время как другие заявляют, что достигли значительного выигрыша. Важным отличием между этими двумя группами – теми, кто заявляет о получении выгод от сравнительной оценки, и теми, кто выгод не получил – является то, насколько при сравнительной оценке внимание сосредоточено на стратегических приоритетах, насколько она предполагает ясное и тщательное планирование и в какой степени выявляемые положительные примеры не просто заимствуются целиком, а разумно адаптируются к условиям заимствующей их организации.

Остаются вопросы в отношении того, должны ли сравнительные оценки быть увязаны с материальными стимулами и/или бюджетами.

Совершенно очевидно, что по соображениям подотчетности и прозрачности это было бы полезно. К тому же в некоммерческом секторе возникает определенное стремление использовать сравнительные оценки взамен рыночного механизма. Учитывая, что у многих общественных служб нет официальных конкурентов, оценки путем сравнения с эталоном представляют собой своеобразную форму сравнения конкурентоспособности. Во вставке 1 приведены некоторые выводы из опыта, накопленного в других областях, которые могут быть применимы к сравнительным оценкам в системах здравоохранения.

Вставка 1. Выводы из опыта сравнительных оценок применительно к системам здравоохранения

Из того, что известно о сравнительных оценках в других секторах, можно сделать пять заключений:

1. Сравнительные оценки в здравоохранении должны быть сосредоточены как на практике работы, так и на результатах деятельности.
2. Сравнительные оценки в здравоохранении не должны использоваться просто для оценки и сравнения результатов деятельности.
3. Сравнительные оценки должны составлять часть более широкого процесса перемен.
4. Для того, чтобы вовлечь людей в осуществление перемен в своей организации, сам процесс сравнительной оценки должен иметь четкую структуру, быть хорошо спланированным и тщательно проработанным.
5. Разработчики систем сравнительных оценок в здравоохранении должны самым внимательным образом учитывать связь между распределением ресурсов и результатом, показанным при сравнительной оценке, иначе им не удастся избежать порочной модели поведения.

Источник: адаптировано из работы Neely (готовится к печати).

с. Концептуальная основа для сравнения

Международное сравнение деятельности систем здравоохранения может оказывать большое влияние на руководителей, формирующих политику в странах. Реакция на Доклад о здравоохранении в мире 2000 г. показала, какой силой может обладать такое сравнение, но также и высветила серьезные методологические трудности, которые возникают при попытках осуществить его на практике. Отправной точкой в большинстве международных сравнений является создание концептуальной основы, на которой будет строиться сбор информации и которая будет использоваться в качестве эвристического алгоритма для понимания системы здравоохранения.

В течение последнего десятилетия на международном уровне предпринимались энергичные усилия по созданию различных концептуальных основ ((Aday et al., 2004; Arah et al., 2006; Atun & Mendabde, 2008; Commonwealth Fund, 2006; Hurst & Jee-Hughes, 2001; IHP, 2008; Jee & Or, 1999; Kelley & Hurst, 2006; Klassen et al., 2009; Murray & Frenk, 2000; Roberts et al., 2008; Sicotte et al., 1998). И хотя у этих концептуальных основ различные цели, они все предназначены для того, чтобы лучше понять, чем является система здравоохранения, каковы ее общие цели и какими базовыми структурой и факторами определяется ее деятельность. Более того, внимательное изучение существующих международных основ для сравнения показывает, что с течением времени в определенной степени происходит их слияние как в плане архитектуры основ, так и в плане общих целей, а также возникающих перед ними проблемных областей. Это позволяет предположить, что выгоды от создания новой основы постепенно уменьшаются в сравнении с теми усилиями, которые требуются для выполнения такой задачи. Поэтому сейчас нужно в первую очередь уточнить, в каких областях сохраняются давнишние расхождения в вопросах понимания, направленности усилий и в принципиальных вопросах.

Одной из главных спорных областей, в которых нужно прийти к согласию, является определение того, где проходят границы системы здравоохранения. Правильного ответа на этот вопрос быть не может, поскольку есть убедительные причины для того, чтобы выступать за использование как более широких, так и более узких границ. Узкие границы больше подходят для того, чтобы устанавливать ответственность заинтересованных партнеров, тогда как более широкие границы лучше иметь для более целостного понимания детерминант (рисунок 1). Кроме того, границы, которые соответствуют целям организации, осуществляющей ОДСЗ, позволяют с большим успехом вовлекать ключевые заинтересованные стороны в процесс ОДСЗ и, таким образом, с большей вероятностью обеспечивают устойчивость этих работ в долгосрочной перспективе.

Однако отсутствие согласия по этому вопросу затрудняет сравнения между концептуальными основами и оценками деятельности, проводимыми на уровне отдельных стран. Одно из возможных решений этой проблемы может заключаться в том, чтобы определить однозначно и в положительной форме разные уровни системы здравоохранения и попытаться оценить вклад каждого из них в достижение целей, касающихся результатов деятельности. Так было сделано в системе показателей качества медико-санитарной помощи, разработанной ОЭСР (Arah et al., 2006), где представление системы здравоохранения в виде четырех уровней дает возможность поместить медико-санитарную помощь

Рисунок 1. Значение установления границ системы здравоохранения для оценки деятельности



в рамки более широкой концептуализации системы здравоохранения, а также в экономический, социальный и политический контекст стран. Признавая, что медико-санитарная помощь – это лишь одна из наиболее широких детерминант здоровья, такая структура позволяет оценивать эффективность медико-санитарной помощи без отнесения ее к какой-либо категории в более широкой модели системы здравоохранения. Даже независимо от того, как будут установлены границы, представляется целесообразным, чтобы в программе ОДСЗ оценивались факторы, которые влияют на главные цели системы здравоохранения, чтобы можно было понять, какая часть наблюдаемых результатов деятельности поддается влиянию системы здравоохранения, и чтобы при этом у заинтересованных сторон было достаточно информации для отстаивания идеи межсекторальных действий. Такое решение также дает пользователям возможность адаптировать универсальные меры и сравнения к специфике структуры и приоритетов своей собственной системы здравоохранения. Например, мы видим, что все больше внимание уделяется благополучию

(методика оценки которого в настоящее время находится в стадии разработки в различных учреждениях, в том числе в ВОЗ), и этот аспект может фигурировать, а может и не фигурировать в той или иной оценке деятельности, в зависимости от придаваемой ему приоритетности и от границ, установленных для системы здравоохранения.

Растет согласие в отношении основных составляющих системы здравоохранения. Однако между странами неизбежны различия в определении в зависимости от существующей у них институциональной структуры. Тем не менее, мы выделяем пять ключевых элементов, присущих всем системам – предоставление услуг, финансирование, формирование ресурсов, стратегическое управление/руководство и факторы риска – которые, на наш взгляд, должны быть включены в любую концептуальную основу, чтобы она могла дать обобщенную картину организационной структуры, в рамках которой действуют системы здравоохранения. Для того, чтобы пользователи ОДСЗ могли связать результаты оценки деятельности со своей собственной системой и определить, на каких уровнях политики нужно принимать меры для достижения улучшений, необходимо ясное понимание того, как эти элементы связаны с результатами деятельности.

В отличие от вопроса о границах, в отношении целей системы здравоохранения имеется, по-видимому, относительное согласие. Однако все еще сохраняются расхождения в интерпретации того, что охватывают эти цели. В частности, такие концепции, как отзывчивость, качество, социальная справедливость и экономическая эффективность часто имеют разные значения и оттенки. Отсутствует также согласие и в отношении того, как разные цели соотносятся друг с другом. Например, является ли доступ к медицинским услугам аспектом социальной справедливости или отзывчивости? Включена ли экономическая эффективность в то, что мы подразумеваем под качеством, или же качество является частью экономической эффективности? Такая двусмысленность ведет к отсутствию ясности, которое затрудняет и делает спорным практическое применение этих концептуальных основ (Paranicolas and Smith, готовится к печати).

Для того, чтобы оценки различных аспектов деятельности стали сопоставимыми между разными системами и организациями, необходимо как можно скорее придти к согласию по вопросам определений.

Главным нерешенным вопросом для сравнения систем здравоохранения относительно целей системы является вопрос о том, следует ли трактовать "экономическую эффективность" как общую цель системы здравоохранения, в рамках которой должно осуществляться все

сравнение, или же следует принять более ограниченную цель, а именно: предложить разрозненные показатели продуктивности, например, в виде себестоимости отдельных услуг. Преимущества первого решения состоят в том, что оно позволяет иметь логически связную рациональную основу и что многие из вводимых факторов системы здравоохранения (например, людские ресурсы) легче всего оценивать на уровне всей системы. Недостатком же является то, что общесистемные меры дают мало информации для того, чтобы определить точки возникновения неэффективности.

3. Как сравнивать основные аспекты деятельности

В процессе оценки деятельности определяется, в какой степени система здравоохранения достигает своих основных целей. В большинстве программ ОДСЗ главное внимание уделяется обычным аспектам оценки, таким как улучшение здоровья или состояние здоровья населения, отзывчивость, социальная справедливость и экономическая эффективность. В аспекте здоровья населения рассматриваются как сводные данные о здоровье всего населения, так и итоговые показатели работы служб с акцентом на исходы для здоровья пациентов. Отзывчивость включает аспекты, не связанные с исходами для здоровья, такие как человеческое достоинство, коммуникация, автономность, незамедлительное оказание услуг, доступ к социальной помощи в период лечения, качество основных бытовых условий и удобств и выбор поставщика помощи. В каждом из этих аспектов интерес представляют как средние результаты, достигнутые системами здравоохранения по каждому аспекту (эффективность), так и их распределение среди населения (социальная справедливость). Часто в программах ОДСЗ в качестве самостоятельной цели системы здравоохранения также выделяют финансовую защиту. Наконец, важным аспектом деятельности обычно является та или иная концепция экономической эффективности, хотя ее точные характеристики являются предметом дискуссий. В таблице 1 рассмотрены некоторые из этих основных аспектов в программах ОДСЗ и причины, по которым их важно оценивать, а также показано, что означают основные области сравнения для лиц, вырабатывающих политику.

Не везде одинаков прогресс, достигнутый в развитии методов сбора данных по различным аспектам оценок деятельности систем здравоохранения. В одних областях, таких как здоровье населения, данные могут быть собраны с достаточной надежностью благодаря традиционным показателям, тогда как в других областях, таких как экономическая эффективность, методики сбора данных находятся на начальных стадиях развития. Кроме того, по некоторым аспектам систем

Таблица 1. Значение установления границ системы здравоохранения для оценки деятельности

Аспект	Мотивация для международного сравнения	Области, представляющие интерес для сравнения
Здоровье населения	<ul style="list-style-type: none"> • Облегчить сравнение состояния здоровья населения в странах и между странами с широкой агрегированной точки зрения, которое включает вклад во многие факторы риска заболеваний, а также в предоставление медико-санитарной помощи. • Облегчить сравнительную оценку того, какой вклад системы здравоохранения вносят в обеспечение здоровья населения. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ожидаемая продолжительность жизни • Смертность с разбивкой по возрастным группам и заболеваниям • Заболеваемость • Предотвратимая смертность • Популяционные факторы риска (включая некоторые меры социального неравенства, чтобы можно было сравнивать) в качестве параметров, прогнозирующих здоровье населения в будущем
Итоговые показатели деятельности служб здравоохранения	<ul style="list-style-type: none"> • Облегчить сравнительную оценку того, как службы здравоохранения помогают гражданам реализовать свой потенциал здоровья. 	<ul style="list-style-type: none"> • Эффективность работы разных секторов системы здравоохранения (профилактическая помощь, первичная помощь, вторичная помощь, долговременный уход, охрана психического здоровья) • Итоговые показатели деятельности системы здравоохранения • Процессы в системе здравоохранения

Аспект	Мотивация для международного сравнения	Области, представляющие интерес для сравнения
Социальная справедливость	<ul style="list-style-type: none"> • Позволяет оценить социальные неравенства в отношении здоровья среди разных групп населения/ демографических/ социальных категорий в странах и между странами. • Позволяет оценить неравенства в доступе и/или пользовании услугами среди разных групп населения/ демографических/ социальных категорий в странах и между странами. • Позволяет оценить неравенства в финансировании медицинских услуг среди разных групп населения/ демографических/ социальных категорий в странах и между странами. • Позволяет оценить неравенства в отзывчивости служб здравоохранения среди разных групп населения/ демографических/ социальных категорий в странах и между странами. 	<ul style="list-style-type: none"> • Распределение состояния здоровья по группам населения/ демографическим/ социальным категориям • Распределение доступа/пользования услугами здравоохранения по группам населения/ демографическим/ социальным категориям • Прогрессивность системы финансирования • Распределение отзывчивости служб здравоохранения по группам населения/ демографическим/ социальным категориям
Финансовая защита	<ul style="list-style-type: none"> • Дать возможность сравнительной оценки того, как система здравоохранения защищает граждан от финансовых последствий нездоровья. 	<ul style="list-style-type: none"> • Расходы из собственного кармана • Катастрофические расходы на медицинскую помощь • Расходы на медицинскую помощь, ведущие к обнищанию • Справедливость финансирования

Таблица 1. Значение установления границ системы здравоохранения для оценки деятельности (продолжение)

Аспект	Мотивация для международного сравнения	Мотивация для международного сравнения
Отзывчивость	<ul style="list-style-type: none"> • Облегчить сравнительную оценку того, в какой степени системы здравоохранения оставляют удовлетворенными пациентов, с которыми они вступают в контакт. 	<ul style="list-style-type: none"> • Удовлетворенность пациентов • Выбор пациентов • Уважение достоинства пациентов • Оперативность в удовлетворении потребностей в медицинской помощи
Экономическая эффективность	<ul style="list-style-type: none"> • Облегчить сравнительную оценку, которая позволяет лицам, вырабатывающим политику, точно определить, какие элементы системы здравоохранения функционируют не так хорошо, как должны, исходя их опыта других систем. 	<ul style="list-style-type: none"> • Оправданность расходов служб • Непроизводительное расходование ресурсов • Реальный охват услугами • Затраты на ведение заболеваний

здравоохранения бывает изначально трудно собрать данные в силу их абстрактной или спорной природы: например, это такие многогранные концепции, как отзывчивость. Поэтому первой задачей при проведении сравнения является уточнение концепций, которые подлежат оценке. Что касается интерпретации и построения мер оценки, важно знать, какие используются главные инструменты оценки, имеются ли пробелы или разногласия в применяемых подходах и насколько полезны имеющиеся показатели для целей оценки деятельности системы. В конечном счете, сбор информации нужен не только для цели сравнения, но и для выявления основных слабых мест и сильных сторон внутри организации. В данном разделе рассматриваются некоторые основные показатели для каждого аспекта деятельности, а также случаи их правильного употребления и злоупотребления при выработке политики, т.е. что показатели могут сообщить нам об эффективности деятельности, а чего не могут.

а. Здоровье населения

Несомненно, главной целью любой системы здравоохранения является улучшение здоровья населения, которому она служит. Поэтому здоровье населения часто является первой областью, которая принимается во внимание при оценке деятельности системы здравоохранения и для которой требуются совокупные данные о состоянии здоровья и об улучшении здоровья населения. Главными показателями в этой области являются такие меры, как ожидаемая продолжительность жизни в определенном возрасте, стандартизованная по возрасту смертность, преждевременная или младенческая смертность, утраченные годы жизни, утраченные годы здоровой жизни (DALYs), и все они позволяют собрать общую информацию о здоровье населения. Эти типы показателей позволяют оценивать ситуацию с широкой точки зрения, при которой оценивается, как влияют на здоровье населения многие факторы риска заболевания, а не только предоставление медицинской помощи. Такой подход может быть привлекательным с политической точки зрения, так как он демонстрирует роль более широких детерминант здоровья в состоянии здоровья. Однако при таком подходе также возникают серьезные методологические проблемы, когда делается попытка объяснить изменения в показателях здоровья какой-то определенной стратегией.

Поэтому, не отказываясь от более широких подходов, исследователи в последнее время сконцентрировались на оценке вклада медико-санитарной помощи в улучшение здоровья. Это привело к выработке таких концепций, как предотвратимая смертность, и к использованию маркерных состояний. Предотвратимая смертность в самом широком смысле включает случаи смерти, которых, как считается, можно избежать при условии оказания надлежащей и своевременной медицинской помощи, а также случаи смерти, которые можно предотвратить с помощью вмешательств на популяционном уровне. Далее предотвратимую смертность можно разбить на подкатегории: смертность от управляемых причин, обозначающая состояния, при которых "резонно ожидать, что смерть можно предотвратить даже после развития данного состояния", и смертность от причин, поддающихся профилактике, которая включает случаи смерти от состояний, которые можно предупредить профилактическими мерами на популяционном уровне, но при которых вклад медико-санитарной помощи после развития заболевания может быть ограничен (Nolte & McKee, 2004). В последних работах в этом направлении изучается вопрос о том, как можно оценивать предотвратимую смертность в разных странах и как можно использовать полученные оценки при сравнительных анализах (вставка 2).

Вставка 2. Предотвратимая смертность в европейских системах здравоохранения (проект AMIEHS)

Проект AMIEHS, финансируемый в рамках программы общественного здравоохранения Европейского союза, осуществляется под руководством медицинского университета имени Эразма Роттердамского и координируется совместно с Лондонским институтом гигиены и тропической медицины.

Проект объединяет партнеров в семи странах ЕС и имеет целью создание более сопоставимых показателей, с помощью которых можно было бы оценивать вклад медико-санитарной помощи в охрану здоровья населения и увидеть, как этот вклад различается между странами. Цель проекта состоит в разработке набора показателей на основе предотвратимой смертности, которые можно будет использовать в процессе будущего надзора за деятельностью систем здравоохранения в Европе.

В ходе осуществления проекта предусматриваются следующие инициативы, которые помогут лицам, вырабатывающим политику, и ученым лучше понять, оценить и использовать показатели предотвратимой смертности в Европе:

- провести систематический обзор литературы, чтобы оценить в какой степени причины смерти можно считать предотвратимыми;
- собрать углубленную информацию о внедрении медицинских нововведений в семи странах;
- разработать согласованный набор показателей на основе предотвратимой смертности;
- подготовить электронный атлас предотвратимой смертности в 25–30 странах Европы. (http://survey.erasmusmc.nl/amiehs/maps/J45_J46/atlas.html)

Источник: <http://amiehs.lshtm.ac.uk/>

Идея маркерных состояний основана на исходной посылке, согласно которой тщательно подобранные нарушения здоровья могут помочь глубже понять более общие результаты деятельности различных элементов всей системы здравоохранения (Nolte, Bain & McKee, 2009). В таблице 2 представлены основные типы показателей, которые используются для оценки здоровья населения, а также их правильное и неправильное применение при выработке политики, т.е. указывается, что показатели могут сообщить нам об эффективности деятельности системы, а чего не могут.

Как явствует из таблицы 2, многие из существующих сегодня показателей здоровья населения в своем простейшем виде не позволяют отличить вклад медико-санитарной помощи от действия внешних факторов. Кроме того, все показатели по-прежнему страдают целым рядом методологических проблем, которые необходимо решить, чтобы сделать международные сравнения более содержательными и понятными. К числу важных проблем относятся наличие и кодирование данных,

Таблица 2. Основные показатели здоровья населения

Основные показатели	Применение для выработки политики	Недостатки
<p><i>Родовые показатели:</i> например, ожидаемая продолжительность жизни, стандартизованные по возрасту коэффициенты смертности</p>	<p>Это широкие показатели предоставления медицинских услуг и достижения желаемых итоговых показателей здоровья населения.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Широкий показатель здоровья. • Скрывают вклад конкретных причин. • Не включают заболеваемость. • Требуют дальнейшей разбивки по возрасту и причинам.
<p><i>Показатели по возрастным группам/нозологическим формам:</i> например, коэффициент младенческой смертности, перинатальная смертность; возрастная смертность; пятилетняя выживаемость онкологических больных</p>	<p>Дают возможность более детального анализа конкретных исходов как отражения качества медико-санитарной помощи.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Чувствительны к различиям в методах учета и отчетности. • Зависят от точных определений, которых не всегда придерживаются на практике (перинатальная смертность). • Отражают влияние более широких детерминант здоровья. • Основаны на малых числах. • Сложная интерпретация коренных причин. • Должны интерпретироваться в контексте факторов риска и распространенности заболевания и политики в других секторах. • Показатель выживаемости онкологических больных должен рассматриваться вместе с коэффициентами смертности и заболеваемости.

Таблица 2. Основные показатели здоровья населения (продолжение)

Основные показатели	Применение для выработки политики	Недостатки
<i>Показатели заболеваемости:</i> например, данные обследований здоровья, уведомления о заболеваемости, пользование медицинскими услугами	В настоящее время использование данных о заболеваемости при оценке вклада медико-санитарной помощи в здоровье населения ограничено, но наблюдается большой интерес к новым инициативам по созданию регистров отдельных заболеваний, в которых уделяется особое внимание итоговым показателям здоровья и аспектам предоставления услуг.	<ul style="list-style-type: none"> • Систематическая ошибка в ответах (данные обследований здоровья). • Не отражают влияния вмешательств по оказанию медицинской помощи (данные обследований здоровья). • Различия в требованиях в отношении уведомлений и в методах диагностики. • Охват данных (часто исключается частный сектор). • Репрезентативность (пользование услугами показывает только людей, получивших доступ к медицинской услуге).
<i>Сводные показатели:</i> например, ожидаемая продолжительность жизни, скорректированная с учетом состояния здоровья (HALE), DALYs	Дают более обобщенную картину оценки здоровья населения, в которой учитываются как смертность, так и заболеваемость населения.	<ul style="list-style-type: none"> • Противоречивая методология (весовые коэффициенты, присваиваемые возрасту и нетрудоспособности). • Ограниченное наличие требуемых данных о состоянии здоровья, особенно во временном разрезе.
<i>Показатели, оценивающие вклад медико-санитарной помощи:</i> например, предотвратимая смертность (ПС), маркерные состояния	Некоторые показатели на основе смертности в сочетании с дополняющими методами (например, методика маркеров) позволяют изучать индивидуальные аспекты процесса предоставления медицинских услуг и выявлять возможные пробелы и слабые места.	<ul style="list-style-type: none"> • Совокупная мера, требующая дальнейшей разбивки (ПС). • Различия в перечне управляемых причин и возрастных пределов (ПС). • Временные лаги для исходов конкретных вмешательств (ПС).

Источник: адаптировано из Karanikolos et al. (готовится к печати).

особенно данных о причинах смерти, из-за которых возникают трудности сравнения между странами и разными периодами времени. На кодирование данных также влияют различия между версиями Международной классификации болезней и национальными правилами кодирования, которые часто отражают использование или неиспользование автоматического кодирования. Также имеются большие пробелы в наличии фактических данных о том, насколько эффективно лечение снижает смертность – такие данные редко получаются в результате рандомизированных испытаний. Не проводятся сравнимые на международном уровне обзоры клинической практики и опыта получения медико-санитарной помощи – это особенно характерно для Европы. В будущем необходимо вкладывать больше средств в создание сопоставимых на международном уровне баз клинических данных, которые содержат скорректированную на риски информацию об индивидуальных исходах лечения. Тем временем лица, вырабатывающие политику, которые желают понять изменения в состоянии здоровья своего населения, могли бы подумать о более широком применении маркерных состояний: это даст возможность лучше представить и облегчить повседневную жизнь людей, нуждающихся в помощи.

Не все проблемы, связанные с показателями здоровья населения, можно легко решить, поэтому при интерпретации данных важно понимать недостатки и принимать их во внимание. К числу наиболее важных проблем, которые нужно учитывать при интерпретации данных, относится трудность установления истинных причин различий в состоянии здоровья, когда нужно не только отделять эти причины от действия других факторов, которые могут влиять на состояние здоровья, но и отличать изменения в способности систем здравоохранения предупреждать смерть после возникновения заболевания от изменившейся заболеваемости данной болезнью. Кроме того, наблюдаемые изменения в смертности от определенных причин, даже если они не обусловлены явлениями, искажающими реальную картину, могут отражать изменения в инновациях, охвате или качестве услуг – в каком-то одном из этих факторов или в их сочетании. Различить эти изменения может быть трудно. Наконец, при анализе национальной политики важно учитывать изменяющиеся и часто рассеянные временные лаги между введением инновации в политике или лечении и изменением в итоговом показателе.

в. Итоговые показатели работы служб здравоохранения

Хотя главной целью служб здравоохранения в конечном счете является помощь гражданам в реализации своего потенциала здоровья и содействие тем самым укреплению здоровья населения, оценка вклада служб

здравоохранения в итоговые показатели здоровья сопряжена с вполне определенными трудностями. Например, очень важно быть уверенным в том, что сравниваемые службы непосредственно сравнимы друг с другом и что сделаны необходимые поправки на различия в обслуживаемых контингентах. Прямые показатели вклада служб здравоохранения в состояние здоровья имеются в виде показателей качества медицинских услуг, таких как стандартизованные коэффициенты больничной летальности и многочисленные показатели исходов для здоровья по отдельным нозологическим формам. На сегодняшний день широко используемые показатели исходов позволяют получить информацию лишь по ограниченному набору аспектов широкой "концепции здоровья" и чаще всего сосредоточены на смертности (коэффициенты летальности, стандартизованные коэффициенты больничной летальности), побочных эффектах и осложнениях (показатели безопасности пациентов), а также на повторной госпитализации и предотвратимой госпитализации (стационарная помощь, психиатрическая помощь, первичная медико-санитарная помощь). Гораздо меньше распространены показатели исходов в таких областях, как ограниченность возможностей и дискомфорт. Для целей международного сравнения в условиях высокого уровня доходов важным ресурсом является проект ОЭСР по показателям качества (вставка 3). Хотя такие меры позволяют иметь некоторые

Вставка 3. Показатели качества медико-санитарной помощи (проект HCQI)

Осуществляемый под руководством ОЭСР проект HCQI был начат в 2001 г. с целью оценки и сравнения качества предоставления медицинских услуг в разных странах ОЭСР. С течением времени проект HCQI превратился в надежный источник сравнимых на международном уровне данных о качестве помощи, а также в форум для лиц, формирующих политику, и ученых, содействующий улучшению оценки качества. Главной задачей проекта является выработка сравнимых показателей в ключевых областях медицинской помощи, таких как первичная помощь, экстренная помощь, психиатрическая помощь, помощь онкологическим больным, безопасность пациентов и удовлетворенность пациентов.

Большинство данных собирается из административных баз, регистров и обследований населения. После компиляции собранных данных прилагаются значительные усилия для того, чтобы методологически усовершенствовать процедуры оценки и сбора данных: например, оценивается качество данных, улучшаются технические описания, совершенствуются руководства и вопросники для сбора данных и проводится гармонизация подходов к стандартизации по возрасту и гендерному признаку. В настоящее время имеется около 40 показателей, которые в плановом порядке каждые два года собираются и представляются государствам – членам ОЭСР.

Источник: OECD, 2010.

показатели эффективности деятельности отдельных организаций (после внесения соответствующих поправок на нозологический состав больных и другие обстоятельства конкретной ситуации), международное сравнение может осложняться различиями в организационных структурах и традиционных правилах представления отчетности.

Недавно в Англии начали использовать в порядке обычной практики оценку исхода со слов пациентов (метод PROM), и опыт применения этого метода должен показать, какие возможности имеются у него для устранения некоторых существующих пробелов в оценке. До настоящего времени использованию PROM для целей повседневной практики мешали проблемы сравнимости, особенно связанные с содержательной достоверностью и относительной важностью разных критериев. Некоторые вопросники по конкретным заболеваниям, на которых основывается метод оценок исхода со слов пациентов, не только считаются дорогостоящими в применении и требующими много времени, но и могут означать вторжение в частную жизнь и быть чересчур обременительными для пациентов, что в принципе может поставить под угрозу отношения между специалистом и клиентом. Однако более простые общие инструменты обследования, такие как применяемый в Англии вопросник EQ5D, обеспечивают высокие проценты ответов как до, так и после хирургического вмешательства.

Во многих проектах по оценке деятельности предпочтение отдается показателям процесса медико-санитарной помощи, а не более непосредственным показателям исхода. Показатели процесса обладают достоинством административного удобства, могут оцениваться сразу и их легче отнести непосредственно на счет усилий служб здравоохранения. Кроме того, они отражают соответствие тому, что считается прогрессивными методами работы, и поэтому могут быть лучшей мерой оценки качества поставщиков медико-санитарной помощи, когда, согласно данным научных исследований, оцениваемые процессы ведут к благоприятным исходам для пациентов. А вот на показатели более отдаленных исходов могут влиять многие другие факторы, помимо одного качества медицинской помощи. Однако показатели процесса могут не учитывать конечной эффективности или правильности выбора вмешательства, и их использование заранее предопределяет характер действий в ответ на нарушение здоровья, которые могут быть неодинаковыми во всех обстоятельствах. Поэтому, если судить о службах здравоохранения по соблюдению ими стандартов или руководств, касающихся отдельных заболеваний, это может ввести в заблуждение, особенно в тех случаях, когда службы здравоохранения имеют дело с мультиморбидными пациентами.

Одной из главных методологических проблем при разработке показателей исхода является качество и наличие данных. Поэтому любой дальнейший прогресс в оценке итоговых показателей здоровья зависит от улучшения и расширения существующих источников данных. Это может повлечь за собой более широкое использование уникальных идентификаторов пациента (чтобы связать разные источники данных), применение кодов вторичных диагнозов, кодов диагнозов при поступлении и стандартизацию

Таблица 3. Основные показатели результатов работы служб здравоохранения

Основные показатели	Применение для выработки политики	Недостатки
<p><i>Показатели исходов стационарной помощи:</i> например, стандартизованные коэффициенты больничной летальности (СКБЛ), летальность при остром инфаркте миокарда (ОИМ) и инсульте, показатели безопасности пациентов и коэффициенты повторной госпитализации</p>	<p>Многие руководители считают стационарные учреждения сердцем системы медико-санитарной помощи: эти показатели учитывают вклад, который больницы вносят в итоговые показатели здоровья на протяжении длительного времени.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • СКБЛ не учитывают случаи смерти, которые можно предупредить, и того факта, что большинство случаев смерти являются неизбежными. • Различия в больничных системах и учетной документации затрудняют сопоставимость между больницами и странами. • Данные не собираются на индивидуальном уровне и нет вспомогательной информации, на которую можно было бы вносить в показатели поправки, учитывающие нозологический состав больных, что создает проблемы надежности и сравнимости показателей. • Показатели повторной госпитализации создают проблемы сравнимости вследствие разных определений временных рамок и типа рассматриваемой повторной госпитализации, а также вследствие недостатков в нозологическом составе больных. • Требуется дополнительная информация для определения фактической связи между показателем повторной госпитализации и качеством помощи.

Основные показатели	Применение для выработки политики	Недостатки
<p><i>Показатели исхода со слов пациентов (PROM):</i> например, вопросники SF-36, EQ5D</p>	<p>Вопросники PROM весьма полезны, поскольку они могут не только собирать данные и регулярно оценивать аспекты здоровья, которые представляют наибольший интерес для пациентов, но и, по мнению их сторонников, незаменимы для оценки потребностей пациента и коммуникации между пациентом и поставщиком помощи в обычной практике оказания помощи.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Инструменты для работы на индивидуальном уровне требуют очень много времени и часто предполагают сложные интервью. • Их использованию мешают проблемы сравнимости, особенно связанные с содержательной достоверностью и относительной важностью разных критериев. • Вопросники считаются дорогостоящими и требуют много времени. • Некоторые заинтересованные партнеры могут считать их "мягкой информацией".
<p><i>Показатели долговременного ухода:</i> например, показатели процесса, впечатления и удовлетворенность клиентов; исходы, связанные с сестринской помощью (пролежни, падения пациентов); исходы целевых болезней (диабет, деменция и т.д.).</p>	<p>Оценка качества работы служб долговременного ухода имеет большое значение, учитывая глобальную тенденцию к старению населения и нынешние структуры заболеваемости и инвалидности, связанные с хроническими заболеваниями.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Комплексный характер ухода за хроническими больными и разные уровни и условия предоставления услуг мешают выявлению возможных показателей качества и создают трудности в стандартизации сбора данных и правил предоставления отчетности. • Трудно точно отнести показатели медицинских исходов на счет деятельности учреждений долговременного ухода, в результате чего единственными показателями обычно бывают показатели, связанные с сестринской помощью. • Исходы целевых болезней (такие как предотвратимая госпитализация больных диабетом) могут с таким же успехом быть показателем для других областей, таких как помощь врачей общей практики или узких специалистов.

Таблица 3. Основные показатели результатов работы служб здравоохранения (продолжение)

Основные показатели	Применение для выработки политики	Недостатки
<p><i>Показатели, касающиеся первичной помощи:</i> например, предотвратимые события, случаи предотвратимой госпитализации, показатели процесса</p>	<p>Значимость первичного звена заключается в том, насколько эффективно оно предупреждает болезнь и смерть, и в его связи с более справедливым распределением здоровья среди населения.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Широкие различия между странами в оплате услуг первичной помощи и ее организации на договорной основе неизбежно оборачиваются различиями в возможной сфере сбора данных. • Несмотря на прогресс в области международного сбора данных, самым надежным источником для выведения показателей в области первичной помощи остаются административные данные больниц. Как таковые они не позволяют получить полную оценку качества помощи, предоставляемой первичным звеном. • Сбор данных о случаях предотвратимой госпитализации и соблюдении процессов, относящихся к конкретным клиническим областям (например, к диабету, астме, ХОБЛ), достаточно актуален для выработки политики и обладает научной строгостью для того, чтобы можно было использовать его при международном сборе данных, но все же он проводится в странах в ограниченных масштабах.

Основные показатели	Применение для выработки политики	Недостатки
<p><i>Показатели психического здоровья:</i> например, показатели незапланированной повторной госпитализации при шизофрении и биполярном аффективном расстройстве</p>	<p>Психические расстройства широко распространены и поражают все слои общества и каждую возрастную группу.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Различия в организации между странами затрудняют оценку качества услуг психиатрической помощи для выработки научно-обоснованной политики. • Наличие национальных показательных данных, пригодных для международного сравнения, чрезвычайно ограничено ввиду сложной природы психических расстройств, различий в методах диагностики и лечения, ведомственных барьеров между государственными учреждениями и различий в кодировании и отчетности о психиатрической помощи внутри стран и между странами.
<p><i>Показатели, касающиеся профилактической помощи:</i> например, показатели, касающиеся скрининга</p>	<p>Скрининг представляет для руководителей, вырабатывающих политику, большой интерес, поскольку он может оказывать значительное влияние на перспективы выживания.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Существует множество методологических проблем, касающихся сбора данных для получения показателей скрининга и сравнимости показателей скрининга с целью выявления рака в сочетании с другой информацией об исходах онкологических заболеваний, такой как пятилетняя выживаемость онкологических больных и коэффициенты смертности от рака: это поиск источника данных (например, обследования или регистры), отсутствие единообразия в периодах выживаемости онкологических больных и отчетности о скрининге, стандартизация по возрасту, степень общенациональной репрезентативности собираемых в стране данных и – что, пожалуй, самое главное – проблема отсутствия данных о стадиях рака.

Источник: адаптировано из работы Klazinga & Li (готовится к печати).

кодов медицинских процедур. Это является обязательным условием для повышения возможности внесения поправок на нозологический состав больных в показатели оценки исхода и для дальнейшей разработки и апробации новых показателей, таких как оценка исхода со слов пациентов (PROM), и других мер оценки, которые в качестве главных источников могут использовать электронные медицинские карты и обследования пациентов. В зависимости от наличия и соблюдения норм, касающихся неприкосновенности частной жизни и защиты данных, и при наличии поддержки в виде необходимых исследований и разработок для апробации надежности и валидности, будет возрастать важность мер оценки итоговых показателей здоровья, охватывающих показатели работы служб здравоохранения, как составной части оценки деятельности систем здравоохранения.

с. Социальная справедливость

Дать точное описание и определить важность целей социальной справедливости каждая страна должна сама. Наша забота – сделать так, чтобы заинтересованные стороны знали, какие инструменты они могут использовать для оценки своих достижений в реализации направлений политики, которые они избрали.

Принцип социальной справедливости в отношении здоровья – это принцип равных (или справедливых) итоговых показателей здоровья (например, ожидаемая продолжительность жизни, скорректированная с учетом качества жизни). Как свидетельствуют литературные источники, при анализе социальных неравенств с точки зрения итоговых показателей здоровья на индивидуальном уровне используются разные меры оценки показателей здоровья – от субъективных оценок здоровья, таких как самостоятельная оценка, до более объективных мер оценки, таких как биологические маркеры (вставка 4). Можно использовать сводные оценки показателей здоровья населения, такие как ожидаемая продолжительность жизни без ограничения возможностей (DFLE), HALE и DALY в зависимости от социально-экономического статуса (СЭС). Однако из-за трудности связывания данных этот подход часто бывает проблематичным. Во-вторых, можно применить показатели на основе смертности, такие как ожидаемая продолжительность жизни, коэффициент общей смертности и коэффициент младенческой смертности в зависимости от СЭС, для чего требуется связывание между регистрами смертности и информацией о социально-экономическом статусе. В-третьих, можно использовать показатели на основе заболеваемости, такие как самооценка здоровья в зависимости от СЭС или самооценка ограниченности возможностей в зависимости от СЭС, которые вполне пригодны для исследований с целью международных сравнений, поскольку представляющие интерес данные часто включаются в обследования здоровья.

Вставка 4. Меры оценки итоговых показателей здоровья

	Показатель здоровья
Наиболее субъективные  Наиболее объективные	Самооценка здоровья
	Хроническая болезнь
	Ограниченность в действиях
	Симптомы
	Шкала депрессии
	Действия повседневной жизни
	Состояния с установленным диагнозом
	Индекс массы тела (со слов респондента)
	Биомаркеры
	Смертность

Затем можно использовать различные методики для изучения неравенств в отношении здоровья между разными группами населения. При исследовании неравенств в отношении здоровья, обусловленных социально-экономическими факторами, для определения абсолютных неравенств в отношении здоровья можно использовать несколько групп методов, например, коэффициент Джини. В качестве альтернативы можно также использовать регрессионные методы для выведения мер оценки связи, такие как отношения шансов. Наконец, можно использовать более прогрессивные методы, при которых создаются индексы на основе ранжирования социально-экономических переменных, например, метод индекса концентрации. Этот метод позволяет разложить общие неравенства в отношении здоровья на основные факторные переменные, связанные и не связанные с потребностями (Wagstaff, van Doorslaer & Watanabe, 2003; O'Donnell et al., 2008). Можно пойти дальше и расширить эту методику так, чтобы она охватывала более длительные периоды времени, оценивая долговременные неравенства в отношении здоровья, обусловленные доходами (Jones & López-Nicolás, 2004).

Однако исследования проблемы социальной справедливости касаются не только равных или справедливых итоговых показателей здоровья, но и справедливости в пользовании медико-санитарной помощью и доступе к ней, в финансировании и отзывчивости медицинской помощи (O'Donnell

et al., 2008). В случае справедливости в доступе к медико-санитарной помощи или в пользовании ею главный интерес сосредоточен на оценке того, насколько лица, имеющие одинаковый уровень клинических потребностей, получают одинаковый уровень медико-санитарной помощи, т.е. на оценке соблюдения принципа горизонтальной справедливости. Многие сложности оценки в этой области происходят от трудностей концептуализации и оценки концепций доступа и потребности (Allin, Hernández-Quevedo & Masseria, 2009). Главными методами, которые используются для оценки социального неравенства в доступе к медико-санитарной помощи в исследованиях, проводимых с целью сравнения между странами, являются: простое сравнение показателей доступа у разных групп населения; регрессионные методы, такие как скорректированные отношения шансов, которые представляют собой меру связи, и коэффициенты, подобные коэффициенту Джини (например, индекс горизонтального неравенства).

Есть три широких типа систем финансирования: прогрессивная система (когда платежи представляют собой увеличивающуюся долю способности платить, как, например, подоходные налоги), пропорциональная система (когда платежи являются постоянной долей способности платить, как, например, налоги на фонд оплаты труда) и регрессивная (когда платежи представляют собой уменьшающуюся долю способности платить, как, например, выплаты из собственного кармана). При оценке справедливости в отношении финансирования главный интерес сосредоточен на том, в какой степени платежи за медико-санитарную помощь связаны со способностью платить. В частности, главным для понимания того, в какой степени люди с неодинаковой способностью платить действительно платят за медико-санитарную помощь неодинаково, является вертикальный аспект социальной справедливости. Для того, чтобы оценить вертикальную справедливость, были разработаны индексы прогрессивности (Wagstaff et al., 1999), такие как кривые Лоренца и коэффициенты Джини, кривые концентрации и индекс Кавани.

Отзывчивость системы медико-санитарной помощи определяется как степень, в которой службы здравоохранения соответствуют предпочтениям пользователей в таких аспектах, как автономность пациентов, выбор и качество основных бытовых условий и удобств (см. раздел "е. Отзывчивость"). Продолжается разработка методов оценки систематических различий отзывчивости в зависимости от социальной группы (см. Valentine et al., 2009). Как показано ниже, главную трудность представляют продолжающиеся споры о том, как определить отзывчивость и сформулировать ее основные концепции.

Таблица 4. Основные показатели социальной справедливости

Основные показатели	Применение для выработки политики	Недостатки
<p><i>Социальная справедливость в отношении итоговых показателей здоровья:</i> например, распределение здоровья среди разных групп. Составлен из показателей состояния здоровья и социально-экономических переменных.</p>	<p>Главной целью систем здравоохранения является уменьшение разрыва между итоговыми показателями здоровья, которые систематически обусловлены социально-экономическим статусом, и поэтому обычной мерой оценки деятельности в системах здравоохранения является нацеленность на уменьшение неравенств в отношении здоровья, обусловленных социально-экономическим положением. Также имеется немало фактических данных о неравенствах в отношении здоровья между многими группами населения (по признаку места проживания, этнической и гендерной принадлежности, языка).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Меры оценки ограничены наличием имеющихся итоговых показателей, а также их привязкой к социально-экономическим переменным. • Многочисленные обследования содержат информацию об итоговых показателях и социально-экономических переменных, но достоверность субъективных оценок состояния здоровья создает серьезные методологические проблемы, которые связаны с потенциальной систематической ошибкой в ответах, которая может возникать при опросах. • Отсутствуют данные за длительные периоды времени, особенно для сравнительного анализа, что затрудняет понимание изменений с течением времени. • Лучше всего для целей сравнения подходят объективные оценки, такие как оценки врачей или время пребывания в стационаре. Однако наличие объективных мер оценки здоровья, таких как биомаркеры, ограничено. • Биомаркеры все же могут быть не свободны от систематической ошибки и не включаются в данные за длительный период времени. • Проблемой также является стандартизация сбора данных о биомаркерах в разных странах.

Таблица 4. Основные показатели социальной справедливости (продолжение)

Основные показатели	Применение для выработки политики	Недостатки
<p><i>Социальная справедливость в доступе или пользовании помощью:</i> например, распределение доступа или пользования медико-санитарной помощью при равных потребностях между разными группами.</p> <p>Составлен из показателей доступа, пользования, потребности, неудовлетворенной потребности и социально-экономических переменных.</p>	<p>Главное внимание в показателях справедливости в доступе или пользовании медицинской помощью сосредоточено на том, чтобы оценить, получают ли лица с одинаковым уровнем потребностей одинаковый уровень медицинской помощи, и таким образом определить, являются ли неравенства неизбежными.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Термины "доступ" и "пользование" часто используются как синонимы, и этим подразумевается, что пользование медицинскими услугами является доказательством того, что у человека есть доступ к этим услугам. Однако пользование не равнозначно доступу. • Информация, полученная в результате обследований, часто содержит данные о пользовании и потребностях, но она может страдать систематическими ошибками в ответах, а также проблемами сравнимости между странами. • Данных за длительные периоды времени собирается мало и существуют большие пробелы в данных, отражающих действие факторов окружающей среды.
<p><i>Социальная справедливость в финансировании:</i> например, распределение бремени финансирования медико-санитарной помощи между разными группами.</p> <p>Составлен из показателей расходов и доходов.</p>	<p>Главное внимание в показателях справедливости в отношении финансирования обращается на то, чтобы определить, является ли система здравоохранения прогрессивной (т.е. насколько большей долей доходов являются платежи для бедных по сравнению с платежами обеспеченных людей).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • В литературе используется табличная форма представления средних доходов и платежей за медико-санитарную помощь по категориям доходов. Однако этот метод не позволяет установить, насколько одна система более прогрессивна, чем другая.

Основные показатели	Применение для выработки политики	Недостатки
<p><i>Социальная справедливость в отношении отзывчивости:</i> например, распределение отзывчивости среди разных групп.</p> <p>Составлен из информации об отзывчивости и социально-экономических показателей.</p>	<p>Отзывчивость системы медико-санитарной помощи определяется как степень соответствия медицинских служб предпочтениям пользователей в таких аспектах, как автономность пациентов, выбор и качество основных бытовых условий и удобств.</p> <p>Социальная справедливость в этой области рассматривает распределение этой цели системы здравоохранения между группами населения.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • По-прежнему нет ясности в отношении того, что имеется ввиду под отзывчивостью, и это приводит к многочисленным и разным противоречивым мерам оценки как внутри стран, так и между странами.

Источник: адаптировано из работы Hernández-Quevedo, Papanicolas & Machenback (готовится к печати).

d. Финансовая защита

Финансовая защита представляет собой многоаспектную концепцию, которая обычно означает степень, в которой люди защищены от финансовых последствий нездоровья (ВОЗ, 2000). Такая защита является одной из главных целей систем здравоохранения во всем мире. Наиболее правильный выбор набора стратегий по улучшению финансовой защиты будет зависеть от конкретного контекста. Поэтому исключительно важно иметь точные средства оценки степени финансовой защиты и понимания детерминант финансового риска в данной системе здравоохранения, чтобы было легче определить подходящие рычаги политики. Для этого были разработаны полезные методики оценки.

Можно наблюдать финансовую защиту в нескольких формах, например, при больших размерах оплаты медицинских услуг из собственного кармана или при отсутствии доступа к медико-санитарной помощи из-за финансовых барьеров. Многоаспектный характер финансовой

защиты затрудняет выработку единого показателя, который включал бы данные о полной степени защищенности людей от финансовых ударов, вызванных ухудшением здоровья. Вместо этого обычно используются частичные меры оценки частоты и размеров прямых платежей домашних хозяйств за медико-санитарную помощь, которые составляют основу системы показателей для оценки финансовой защиты и сравнения систем здравоохранения. До сих пор главный акцент делался на частоте случаев 1) "катастрофических" платежей за медико-санитарную помощь, которые определяются как таковые относительно некоторого порога доходов домашних хозяйств и 2) платежей за медико-санитарную помощь, ведущих к обнищанию, также определяемых относительно некоторой заранее установленной черты бедности. В позднейших публикациях главное внимание уделяется частоте и размерам платежей за пользование медико-санитарной помощью, главным образом расходам из собственного кармана (а иногда и только таким расходам), чтобы разобраться в вопросе степени финансовой защиты в данной системе здравоохранения.

При такой системе показателей, основанной на информации, которую дают обследования домашних хозяйств, не учитывается тот факт, что неспособность платить может сдерживать доступ к необходимой помощи, и это приводит к очень низкому или даже нулевому уровню расходов на медико-санитарную помощь, о котором сообщают респонденты при обследованиях (Moreno-Serra, Millett & Smith, 2011). Наблюдаемое в обследованиях домашних хозяйств распределение расходов на медико-санитарную помощь, как правило, смещенное вправо относительно среднего значения (с большим числом нулей), подчеркивает, среди прочего, проблемы неадекватности объединения рисков и позволяет сделать вывод о том, что многие домашние хозяйства во всем мире сталкиваются с серьезными финансовыми препятствиями, мешающими получить доступ к медико-санитарным услугам. Это можно связать со справедливостью доступа, но это также является важным показателем отсутствия финансовой защиты как таковой. Кроме того, обычные меры оценки финансовой защиты, используемые для целей оценки деятельности, мало что могут сказать нам о конкретных факторах финансового риска, существующих в данной системе здравоохранения. Это вызвало предложения о том, чтобы в дополнение к информации, получаемой с помощью ныне используемых систем показателей финансовой защиты, использовать какие-то показатели охвата определенными элементарными видами лечения (например, см. ВОЗ, 2010 г.).

Межстрановые исследования обычно бывают сосредоточены только на сравнении количественной оценки частоты случаев катастрофических расходов или расходов, ведущих к обнищанию. Ограниченная

сфера таких исследований означает, что выводы в отношении общесистемных детерминант различий в уровнях финансовой защиты между странами часто основываются главным образом на описательных или случайных данных.

Таблица 5. Основные показатели справедливости в отношении финансирования

Основные показатели	Применение для выработки политики	Недостатки
<p><i>Катастрофические платежи за медико-санитарную помощь и платежи, ведущие к обнищанию</i></p>	<p>Показатели катастрофических расходов могут дать весьма полезную картину того, в какой степени граждане в системе здравоохранения терпят лишения из-за стоимости медико-санитарных услуг.</p> <p>Показатели платежей за медико-санитарную помощь, ведущих к обнищанию, дают возможность сравнивать системы по числу людей, которые вследствие болезни впадают в бедность, определяемую относительно минимального уровня жизни.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Дают лишь ограниченное представление о главных детерминантах недостаточности финансовой защиты в данных условиях. • Не показывают, имеют ли факторы, связанные с финансовыми препятствиями для доступа к медико-санитарной помощи, какое-либо значение для уровня финансовой защиты, определенного в результате оценки, и, если имеют, то какие граждане больше всех страдают от этих препятствий. • Отсутствие работ по изучению различных аспектов, касающихся доступа к медицинским услугам, как детерминант уровней финансовой защиты означает, что сравнение частоты случаев катастрофических или ведущих к обнищанию расходов в разных странах может позволить сделать лишь умозрительные выводы в отношении общесистемных детерминант различий в уровнях финансовой защиты между странами.

Таблица 5. Основные показатели справедливости в отношении финансирования (продолжение)

Основные показатели	Применение для выработки политики	Недостатки
<i>Платежи из собственного кармана</i>	Простая стратегия для получения некоторого представления о том, насколько граждане в системе здравоохранения защищены от финансовых последствий болезни, заключается в том, чтобы посмотреть на вклад частных расходов на медико-санитарную помощь в финансирование системы.	<ul style="list-style-type: none"> • Изучение на межстрановом уровне относительной важности платежей из собственного кармана для финансирования системы здравоохранения может дать полезную информацию для сравнений деятельности систем с точки зрения финансового риска. • Для оценки и сравнения реальной степени финансовой защищенности в разных системах здравоохранения потребуются, чтобы аналитик изучил данные на микроуровне, соотносящие платежи домашних хозяйств из собственного кармана за медико-санитарную помощь с каким-либо показателем с точки зрения уровня жизни домашних хозяйств.
<i>Индекс справедливости финансового вклада (ВОЗ, 2000 г.)</i>	Понятие справедливости финансового вклада, сформулированное в Докладе о состоянии здравоохранения в мире 2000 г., основано на исходной посылке о том, что справедливая система здравоохранения гарантирует такой порядок, при котором домашние хозяйства платят за медико-санитарную помощь в соответствии со своей способностью платить, а не в соответствии с риском болезни, и, таким образом, защищены от риска впасть в бедность – или от невозможности обратиться за помощью – вследствие стоимости медико-санитарной помощи.	<ul style="list-style-type: none"> • Этот показатель не может провести различие между странами, где оплата медико-санитарной помощи является прогрессивной или регрессивной; различить, в какой степени неравенства обусловлены горизонтальной и вертикальной несправедливостью, и провести различие между разными долями национального дохода, расходуемыми на систему медико-санитарной помощи.

Источник: адаптировано из Moreno-Serra, Thompson & Xu (готовится к печати).

е. Отзывчивость

В Докладе о состоянии здравоохранения в мире 2000 г., посвященном улучшению деятельности систем здравоохранения, отзывчивость к ожиданиям граждан была выдвинута в качестве одной из главных и самостоятельных целей. Это способствовало продолжению дискуссии, в ходе которой отзывчивость вырисовывается как ценный и желательный итог вмешательств со стороны системы здравоохранения независимо от того, в какой степени эти вмешательства приводят к улучшению здоровья (ВОЗ, 2000 г.). В ходе реформирования служб здравоохранения во многих странах все большее значение в положительно выраженной форме придается именно улучшению отзывчивости к пациентам и повышению уровня удовлетворенности как населения, так и отдельных пациентов.

При подготовке Доклада о состоянии здравоохранения в мире 2000 г. для того, чтобы выяснить, что люди ценят больше всего при взаимодействии с системой здравоохранения, был проведен широкий обзор литературы, который охватил такие дисциплины, как социология, антропология, этика, экономика и менеджмент здравоохранения (De Silva, 2000). Обзор был использован для составления общего набора из семи аспектов, характеризующих концепцию отзывчивости, в который позднее был добавлен восьмой аспект (см. таблицу б). Четыре из них сгруппированы в категорию "уважительное отношение к людям" (человеческое достоинство, конфиденциальность, автономность и ясность коммуникации), а четыре – в категорию "ориентированность на интересы клиента" (незамедлительное оказание услуг, качество основных бытовых условий и удобств, доступ к поддержке со стороны семьи и местного сообщества и выбор поставщика медико-санитарной помощи).

По-прежнему сохраняется неопределенность в отношении того, какие частные аспекты включены в общий аспект отзывчивости, и это отсутствие ясности приводит к различиям в оцениваемых областях. Вытекающие из этого различия в получаемых результатах отражают различные подходы к выбору весовых коэффициентов, аспектов и показателей (т.е. обследования собирают данные по разным явлениям), различия в методиках сбора данных (например, выборочный метод) и их интерпретации, а также фактические различия в уровнях отзывчивости систем здравоохранения.

Как отзывчивость, так и удовлетворенность – это термины, которые предназначены для того, чтобы показывать, насколько успешно системы здравоохранения или их составные части реагируют на ожидания всего населения или какой-либо группы населения как пациентов. В течение последних десятилетий прилагалось немало усилий к тому, чтобы оценить отзывчивость и/или удовлетворенность, и для этого использовался широкий спектр методов. Особенно выделяются в этой связи работа

Таблица 6. Предложенные ВОЗ аспекты отзывчивости и вопросы, которые были использованы для ее оценки в Докладе о состоянии здравоохранения в мире 2000 г. и в двух обследованных состояниях здоровья населения ВОЗ

Аспект	Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2000 г.: группирование и определение весовых коэффициентов населения на (результаты основаны на интервью с экспертами)	Многостранное исследование с обследованием состояния здоровья населения в мире 2002 г. 2000/2001 гг.	Обследование состояния здоровья населения в мире 2002 г.
<i>Уважительное отношение к людям</i>			
Человеческое достоинство: уважительное обращение и коммуникация	16,7%	4 вопроса	2 вопроса
Конфиденциальность личной информации	16,7%	2 вопроса	2 вопроса
Автономия: участие в принятии решений	16,7%	3 вопроса	2 вопроса
Ясность коммуникации	Не включена	4 вопроса	2 вопроса
<i>Ориентированность на интересы клиента</i>			
Незамедлительное оказание услуг: Удобно добираться, короткое время ожидания в очереди	20%	2 вопроса	2 вопроса
Качество основных бытовых условий и удобств: Окружающие условия	15%	3 вопроса	2 вопроса
Доступ к поддержке со стороны семьи и общества: Контакт с внешним миром и поддержание регулярных видов занятий	10%	3 вопроса	2 вопроса
Выбор поставщика медико-санитарной помощи	5%	3 вопроса	1 вопрос

Источник: Busse (готовится к печати).

Blendon et al. (1990), включение с 1996 г. вопросов об удовлетворенности населения в опросы Евробарометра (European Commission, 1996, 1998, 1999, 2000, 2002), разработка институтом Пикера вопросников о впечатлениях и опыте пациентов (Coulter & Cleary, 2001, Jenkinson, Coulter & Bruster, 2002), вопросник EUROPEP для оценки качества общей практики (Grol et al., 2000), Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2000 г. (ВОЗ, 2000 г.), а также работа фонда Commonwealth Fund (Schoen et al., 2007).

Отзывчивость и удовлетворенность – это концепции отдельные, но родственные. В определении ВОЗ говорится об "отзывчивости к законным ожиданиям населения относительно его взаимодействия с системой здравоохранения". Это подразумевает, что ожидания также могут быть неоправданными или необоснованными, однако инструмент оценки учитывает только такие ожидания, которые считаются законными. На "удовлетворенность всего населения системой здравоохранения" могут влиять и другие ожидания (которые эксперты или лица, вырабатывающие политику, могут посчитать неоправданными) и факторы, выходящие за пределы непосредственного контроля со стороны системы медико-санитарной помощи. Удовлетворенность, скорее всего, будет в большей степени зависеть от ожиданий, чем от опросов с целью оценки отзывчивости, поэтому более высокие уровни удовлетворенности в некоторой степени могут быть следствием более низкого уровня ожиданий. ВОЗ в своем "Обследовании состояния здоровья населения мира" применила метод виньеток, чтобы внести поправку на разные ожидания, однако от этого метода пришлось отказаться из-за сложных требований в отношении данных и анализа (Rice, Robone & Smith, 2010).

В принципе концепция удовлетворенности населения в целом системой здравоохранения весьма проста. В действительности же оценить удовлетворенность трудно, так как ответы на все вопросники зависят от конкретной формулировки задаваемого вопроса, а также от предложенных категорий ответов. Ответы особенно зависят от факторов, которые пока еще не совсем понятны респонденту: это 1) контекст, в котором проводится опрос, например, окрашенный недавним освещением в СМИ скандалов, мошенничества или неполного предоставления положенных услуг; 2) неспособность провести различие между системой в целом и определенными ее элементами, о которых респондент может быть более осведомлен, или 3) неспособность провести различие между системой медико-санитарной помощи и системой государства в целом. Обзор различных опросов населения, проведенных в течение последних десятилетий, дан в работе Busse et al. (2011).

Еще одним источником информации в этой области являются опросы с целью изучения впечатлений пациентов о лечении, проводимом определенными поставщиками помощи. Такие опросы больше касаются отзывчивости, чем удовлетворенности, поскольку они основаны 1) на заранее определенных аспектах и 2) на фактических контактах пациентов со службами здравоохранения. Имеются широко используемые вопросники, касающиеся стационарной и амбулаторной помощи, помощи, оказываемой врачами общей практики, охраны материнства, психиатрической помощи, помощи по месту жительства и неотложной помощи, а также вопросники для особых групп пациентов – например, лиц, страдающих диабетом, сердечными или онкологическими заболеваниями.

Все вышеизложенное позволяет сделать общий вывод: разные вопросники с разными пунктами, касающимися отзывчивости, иногда приводят к непоследовательным или противоречивым результатам, и интерпретировать ответы на такие вопросники может быть сложно. В целом, ввиду отсутствия единого мнения в отношении концепций и систем показателей, трудно сделать какие-то однозначные выводы о различиях между системами здравоохранения, тем более выводы о стратегиях систем здравоохранения, которыми могут объясняться эти различия. Для того, чтобы можно было разработать более последовательные показатели внутри стран и на межстрановом уровне, сначала в этой области нужно достичь прогресса на концептуальном фронте, а потом, когда появится больше ясности в концепциях, придти к согласию в отношении того, что нужно оценивать.

f. Экономическая эффективность

Показатели экономической эффективности служат совокупной мерой оценки того, насколько разумно используются ресурсы, вводимые в систему здравоохранения в виде расходуемых средств и других ресурсов, для достижения целей системы здравоохранения. Экономисты часто выделяют два типа экономической эффективности: эффективность распределения ресурсов и техническую эффективность. Эффективность распределения ресурсов показывает, в какой степени ограниченные ресурсы направляются на производство правильного "ассортимента продуктов" медицинской помощи, соответствующего предпочтениям плательщиков.

Показатели эффективности распределения ресурсов существуют на микроуровне (применяются ли "правильные" виды и методы лечения) и на макроуровне (направляется ли нужный объем ресурсов на медико-санитарную помощь по сравнению с другими секторами экономики, учитывая преобладающие ценности общества). Эффективность

распределения ресурсов может также рассматриваться в системе медико-санитарной помощи на промежуточном уровне с тем, чтобы проверить, финансируется ли правильный набор услуг и позволяет ли это при данном совокупном уровне расходов достичь максимального приближения к целям системы, таким как итоговые показатели здоровья.

В отличие от эффективности распределения ресурсов, техническая эффективность показывает, в какой степени система минимизирует издержки в процессе производства запланированных ею конечных продуктов, независимо от того, какая ценность придается этим продуктам. В то время как категория эффективности распределения ресурсов позволяет оценить, производит ли система соответствующий потребностям набор конечных продуктов, категория технической эффективности не предполагает никаких суждений в отношении того, насколько высоко общество ценит произведенные системой продукты, а касается исключительно любых непроизводительных и нерациональных расходов при создании этих продуктов.

Продуктивность – это концепция, тесно связанная с экономической эффективностью. Она касается соотношения вводимого фактора (или совокупности вводимых факторов) к произведенному продукту (или совокупности произведенных продуктов). В мерах продуктивности никак не учитывается, можно ли отнести наблюдаемые изменения в произведенном продукте исключительно на счет деятельности оцениваемой структуры. Поэтому меры продуктивности обычно бывают более упрощенными по сравнению с мерами экономической эффективности и могут быть не столь полезны в качестве инструмента диагностики. Предпринимаются большие усилия к тому, чтобы применить методы анализа экономической эффективности (регрессионный анализ, анализ стохастической границы и анализ среды функционирования) к оценке сравнительной экономической эффективности различных аспектов систем здравоохранения. Ставится задача с помощью этих методов выстроить производственные функции путем объяснения оправданных различий в показателях деятельности между изучаемыми структурами, а все, что осталось необъясненным, охарактеризовать как "экономическую неэффективность" (Street & Hakinnen, 2009). Однако, хотя такой подход концептуально привлекателен, имеется совсем мало примеров, когда бы такие методы всерьез применялись руководителями, принимающими решения.

Показатели сравнительной экономической эффективности составляются на основе данных системы медико-санитарной помощи, относящихся к разным этапам производственных процессов, таким как превращение вводимых ресурсов больницы (капитал, людские ресурсы, лекарственные

препараты, устройства и приборы и т.д.) в ценные конечные продукты – в форме улучшения здоровья. Какие точно используются типы данных – это зависит от наличия и сферы деятельности изучаемой структуры. К примерам данных, касающихся разных этапов, относятся:

- издержки: иногда с разбивкой на категории, с распределением или без распределения накладных расходов;
- физические вводимые ресурсы: данные о количестве трудовых ресурсов (персонал с разбивкой на категории) или капитала (например, количество больничных коек);
- проведенные мероприятия: выполненные медицинские процедуры, количество дней предоставленной помощи, заказанные диагностические анализы, число визитов по месту жительства;
- физические конечные продукты: например, эпизоды помощи пациентам – объектам помощи;
- итоговые показатели здоровья: например, годы жизни, скорректированные с учетом качества жизни (QALY), предотвратимые случаи смерти и другие показатели состояния здоровья населения.

Почти все показатели экономической эффективности представляют собой отношение одной из этих мер оценки (например, издержек) к другой мере оценки (например, к связанным с этими издержками мероприятиям), и это позволяет получить представление о том, насколько рационально использовались ресурсы на отдельных этапах или по всему производственному циклу.

При построении содержательных и понятных показателей экономической эффективности возникают различные трудности. Одной из основных трудностей при анализе является адекватное исключение влияния целого ряда факторов окружающей среды, ограничений, связанных с политикой, характеристик населения и других факторов, которые могут создавать серьезные помехи для повышения продуктивности. Даже после внесения поправок на такие сдерживающие факторы важно проявлять осторожность и не торопиться объяснять все наблюдаемые различия различиями в экономической эффективности. Кроме того, может вызывать вопросы с точки зрения бухгалтерского учета отнесение вводимых факторов и связанных с ними затрат к конкретным мероприятиям системы здравоохранения, при котором часто полагаются на произвольные правила бухгалтерского учета или другие вызывающие сомнения методы распределения ресурсов. Таким образом, возможно, будет трудно гарантировать, что произведенный продукт, в отношении которого собираются данные, напрямую и полностью зависит от

Таблица 7. Выборка показателей экономической эффективности

Показатель	Что это такое?	Каковы исходные допущения и что в нем упускается из виду?
Соотношение затрат и эффективности определенного вмешательства	Затраты на один QALY (год жизни, скорректированный на качество жизни)	Принимается допущение о том, что средние издержки по осуществлению вмешательства не меняются с изменением масштабов; серьезные ограничения, касающиеся данных.
Обращения в отделения неотложной помощи (ОНП) пациентов, которых можно было принять в учреждениях, оказывающих менее инвазивные виды помощи	Доля людей, обратившихся в ОНП, которых можно было принять в других учреждениях, оказывающих менее дорогостоящие услуги	Упускается из виду качество помощи. Зависит от определений.
Средняя продолжительность пребывания	Количество дней пребывания в больнице одного стационарного больного	Случаи идентичны как по исходам, так и по интенсивности.
Себестоимость единицы продукции	Сметы расходов	Принимается допущение о единообразном лечении, единообразных методах бухгалтерского учета; упускается из виду качество.
Издержки на один эпизод помощи, скорректированные с учетом нозологического состава больных	Средние затраты на лечение определенного типа заболевания	Случаи идентичны как по исходам, так и по интенсивности; принимается допущение о единообразном лечении, единообразных методах бухгалтерского учета.
Дублирующие друг друга медицинские анализы (исследования)	Число анализов (исследований), которые выполнены более одного раза для одного и того же пациента	Принимается допущение о том, что любой дублирующий анализ (исследование) является проявлением экономической неэффективности независимо от ситуации.

Таблица 7. Выборка показателей экономической эффективности (продолжение)

Показатель	Что это такое?	Каковы исходные допущения и что в нем упускается из виду?
Доля административных расходов в общих расходах	Процент суммарных расходов на здравоохранение, выделенный на административные функции	Принимается допущение о том, что большая доля административных расходов является нерациональной, без учета масштабов. Высокая степень зависимости от используемых методов бухгалтерского учета.
Количество рабочего времени на один эпизод оказания помощи	Количество часов на один эпизод оказания помощи, скорректированный на нозологический состав больных	Принимается допущение о том, что пациентам требуется помощь одинаковой интенсивности; трудно дать точную оценку в большой выборке; подвержен влиянию структуры, а также экономической эффективности системы здравоохранения.
Доля рабочего времени медицинских работников, которая тратится на лечение пациентов	Процент рабочего времени медицинских работников, который тратится на лечение пациентов	Принимается допущение о том, что пациентам требуется помощь одинаковой интенсивности; трудно дать точную оценку в большой выборке; допущение о том, что время, потраченное не на работу с пациентами, потрачено непродуктивно.
Затраты на заболевание	Средняя стоимость лечения одного случая определенного заболевания	Может быть трудно рассчитать без связывания данных о пациенте, имеющих у всех поставщиков помощи. Принимается допущение о единообразном нозологическом составе больных. Высокая степень зависимости от используемых методов бухгалтерского учета.
Действительный охват	Доля достигнутого фактического улучшения здоровья относительно максимально возможного улучшения здоровья за счет одного вмешательства	Трудно оценить потребности и качество.

Источник: Cylus & Smith (готовится к печати).

вводимых факторов, включенных в оценку. В таблице 7 представлена выборка показателей экономической эффективности, которыми обычно пользуются лица, вырабатывающие политику, и выделены важные исходные допущения, принятые в этих показателях. Разумеется, необходимо предпринять усилия по совершенствованию бухгалтерского учета и сбора данных, однако есть предел тому, чего можно достичь в оценке этого аспекта деятельности путем анализа, и лица, вырабатывающие политику, должны со своей стороны ознакомиться с недостатками каждого используемого показателя.

4. Направления будущих работ и выводы

Если провести сравнение деятельности систем здравоохранения внимательно и грамотно, оно будет служить богатейшим источником информации, которая позволит выявить слабые места и предложить соответствующие реформы. Был достигнут впечатляющий прогресс как в плане широты областей, в которых в настоящее время имеются сопоставимые международные данные о состоянии здоровья населения, так и по степени улучшения сопоставимости данных. Однако научные основы сравнения на международном уровне находятся в стадии развития. Поэтому необходимо поставить в известность лиц, вырабатывающих политику, как о сильных сторонах, так и о недостатках сравнения систем здравоохранения.

В настоящее время осуществляются различные инициативы и разработки, которые могут привести к улучшению качества последующих международных сравнений. Обширнейшей областью разработок является область информационно-коммуникационных технологий (ИКТ), которая часто обозначается термином "электронное здравоохранение", особенно в контексте ЕС. Разработки в этой области сулят значительное улучшение качества данных, собираемых на уровне системы. Кроме того, по мере роста числа людей, желающих получить медицинскую помощь за пределами своей страны, растет заинтересованность в улучшении сопоставимости на международном уровне (Busse et al., 2011b). Однако некоторые проблемы обеспечения сопоставимости на этом уровне между разными концептуальными основами, определениями и показателями все еще сохраняются (таблица 8).

Одна типично европейская особенность, касающаяся всех аспектов деятельности, состоит в том, что, хотя традиционно международные сравнения проводятся между целыми странами, в большинстве стран Европы системы здравоохранения в настоящее время организованы преимущественно на уровне провинций или областей. Поэтому сравнения

Таблица 8. Основные информационные ресурсы и проблемы

Аспект	Проблемы международного сравнения	Пути решения проблем
Здоровье населения	<p>Многие меры оценки не позволяют выделить отдельно вклад системы здравоохранения.</p> <p>Во многих странах данные о смертности недостаточно своевременны и точны.</p> <p>Проблемы сопоставимости между странами и разными отрезками времени, отражающие изменения и различия в международных и национальных правилах кодирования.</p> <p>Большие проблемы в наличии фактических данных, подтверждающих эффективность методов лечения в снижении смертности.</p>	<p>Создание электронных медицинских карт (ЭМК) и разработка многоязычных программных средств, помогающих осуществлять кодирование, чтобы решить проблемы своевременности и точности данных о смертности.</p> <p>Создание баз клинических данных, сопоставимых на международном уровне, которые содержат скорректированную с учетом риска информацию об индивидуальных исходах лечения и которые могут помочь распутать причинно-следственные связи.</p> <p>Более широкое использование маркерных состояний, позволяющих лучше понять повседневную жизнь и заботы людей, нуждающихся в помощи.</p>
Итоговые показатели работы служб здравоохранения	<p>Отсутствие строго определенных границ "систем здравоохранения" и "служб здравоохранения".</p> <p>Проблемы в понимании взаимосвязи между оценками на микро-, промежуточном и макроуровнях системы здравоохранения.</p> <p>Ограниченный набор аспектов, охватываемых мерами оценки итоговых показателей, при явном отсутствии мер оценки, касающихся ограничений возможностей или дискомфорта.</p> <p>Меры оценки промежуточных процессов способны дополнять показатели итоговых результатов, но когда они используются</p>	<p>Создание большего количества данных в регистрах, которые позволят идентифицировать отдельных пациентов и отслеживать их на протяжении всего процесса оказания помощи.</p> <p>Сосредоточить все внимание на небольшом числе показателей, которые могли бы дать возможность общего сравнения качества систем здравоохранения: например, проект HSCQ, осуществляемый ОЭСР и финансируемый совместно с ЕС.</p>

<p>самостоятельно, они могут быть не столь понятными и содержательными для заинтересованных сторон.</p> <p>Отсутствие доступных сравнительных данных хорошего качества на уровне пациента.</p> <p>Международное сравнение затрудняется различиями между системами в организационных структурах и традиционных правилах представления отчетности.</p>	<p>Найти способы оценки исходов, которые не определяются в терминах излечения, важные для оценки хронических заболеваний и долговременного ухода.</p> <p>Найти способы оценки систем здравоохранения на основании того, насколько хорошо они функционируют с точки зрения людей, которым они призваны помогать.</p>
<p>Социальная справедливость</p> <p>Отсутствие наборов данных, позволяющих увидеть картину на протяжении длительного периода времени.</p> <p>Имеется мало фактических данных о том, насколько чувствительны показатели неравенства к включению воздействий окружающей среды.</p> <p>Ограниченное понимание факторов, объясняющих процесс поддержания и укрепления здоровья и источники неравенств, включая роль психических состояний наряду с когнитивными искажениями при оценке состояния здоровья со слов респондентов.</p> <p>Широкое использование мер оценки состояния здоровья со слов респондентов при условии их наличия в гармонизированных массивах данных, которые позволяют проводить международные сравнения, но имеют ряд существенных недостатков, усугубляющихся отсутствием мер калибровки в некоторых, но не во всех массивах данных.</p> <p>Недостаточное выявление того, что стоит за мерами оценки социально-экономического положения, а именно, разных источников доходов и мер богатства и возможностей контролировать социальное окружение, которые бывают разными на разных этапах жизненного цикла.</p>	<p>Улучшение сбора показателей, касающихся детерминант здоровья.</p> <p>Вкладывать средства в исследование с тщателью продуманным дизайном с целью оценки крупных вмешательств, направленных на уменьшение неравенств в отношении здоровья и повышение социальной справедливости в доступе к медико-санитарной помощи, пользуясь иными естественными экспериментами (например, изменениями в возможностях трудоустройства, обеспеченности жильем или ценах на сигареты).</p> <p>Организовать процессы обеспечения наличия и сопоставимости данных, а также гармонизации определений и инструментов сбора данных.</p> <p>Вкладывать средства в уязвляющие данные с тем, чтобы обеспечить возможность разбивки по социально-экономическому положению и более качественный мониторинг социальных неравенств в отношении здоровья в разных странах.</p>

Таблица 8. Основные информационные ресурсы и проблемы (продолжение)

Аспект	Проблемы международного сравнения	Пути решения проблем
Справедливость в финансовом сравнении	<p>Построение показателей в решающей степени зависит от адекватного определения и оценки истинной способности домашних хозяйств оплачивать медико-санитарную помощь, что отнюдь не является простой задачей.</p> <p>Показатели отражают только последствия финансовых трудностей в краткосрочной перспективе и упускают из виду влияние стратегий приспособления к трудным обстоятельствам жизни (таких как продажа имущества или заем денежных средств для оплаты помощи) и их более долговременные последствия для благосостояния домашних хозяйств.</p> <p>Показатели не учитывают, как влияют потери доходов вследствие болезни на установленную в результате оценки степень финансовой защиты.</p> <p>Показатели не дают никакой информации о том, в какой степени финансовые барьеры препятствуют доступу к медицинской помощи (более того, они сами могут быть подвержены влиянию этого параметра).</p>	<p>Вкладывать средства в сбор данных о структурах доходов и расходах домашних хозяйств.</p> <p>Проводить исследования с целью разработки системы показателей, более пригодной для отражения финансовых последствий болезни, возникающих в разные периоды времени в результате стратегий приспособления к трудным обстоятельствам жизни.</p> <p>Поиск практических альтернатив, позволяющих учитывать влияние финансовых барьеров, мешающих доступу к медицинской помощи, при анализе финансовой защиты.</p>
Отзывчивость	<p>Отсутствие концептуальной ясности в отношении того, что составляет отзывчивость.</p> <p>Отсутствие ясности создает путаницу в отношении того, что оценивается и каким образом проводится оценка.</p> <p>Обследования удовлетворенности пациентов весьма чувствительны к формулировке вопросов, формированию выборки и демографическим факторам.</p>	<p>Согласовать международное рабочее определение отзывчивости, на основе которого можно строить оценки.</p> <p>Включить инструменты, позволяющие вносить определенную поправку на систематическую ошибку, создаваемую различиями во впечатлениях и опыте пациентов или более широкими культурными различиями.</p>

Экономическая эффективность

Производственный процесс, на котором строится деятельность систем здравоохранения, по своей сути сложен и плохо понимается людьми. В большинстве оценок принимаются упрощенческие исходные допущения, которые иногда могут приводить к данным, вводящим в заблуждение. Произведенные продукты обычно имеют многоаспектный характер, поэтому нужны статистические веса предпочтений, если их оценка сведена в одну совокупную меру достижения. Выбор таких весов изначально обусловлен политическими соображениями и является спорным. Главная трудность в разработке меры оценки экономической эффективности заключается в том, чтобы гарантировать, что произведенный продукт, в отношении которого собираются данные, напрямую и полностью зависит от вводимых факторов, включенных в оценку.

Итоговые показатели здоровья во многом определяются экологическими факторами, ограничениями, связанными с политикой, характеристиками населения и другими факторами, однако включить надлежащим образом все возможные детерминанты в оценку экономической эффективности трудно.

С точки зрения бухгалтерского учета отнесение вводимых факторов и связанных с ними затрат к конкретным мероприятиям системы здравоохранения может вызывать серьезные возражения, так как при этом часто полагаются на произвольные правила бухгалтерского учета или другие вызывающие сомнения методы распределения ресурсов. Хотя ученые разработаны показатели, предназначенные для оценки полных производственных процессов, эти показатели часто оказываются не самыми информативными для лиц, формирующих политику, которые хотят выявить и устранить проявления экономической неэффективности.

Улучшить систему сбора данных по ключевым вводимым факторам, которые влияют на экономическую эффективность, например, по кадрам и технологии (в этой сфере сбор международных данных наложен недостаточен).

Провести научные исследования с целью определения подходящей системы показателей, которые отражают организационные факторы и административные структуры, влияющие на вводимые факторы и произведенные продукты.

Более понятно разъяснить тип экономической эффективности, оцениваемый с помощью различных показателей.

Улучшить систему понятий, касающихся производственного процесса, с тем, чтобы в большей мере гармонизировать работы по сбору данных.

Улучшить систему сбора высококачественных сопоставимых данных о произведенных продуктах, вводимых факторах и факторах окружающей среды, которые необходимы для внесения поправок на риск.

Вкладывать средства в исследования целью совершенствования методик оценки экономической эффективности всей системы.

Установить правильное соотношение между мерами оценки всей системы и мерами оценки отдельных элементов экономической эффективности.

Таблица 8. Основные информационные ресурсы и проблемы (продолжение)

Аспект	Проблемы международного сравнения	Пути решения проблем
	Многие продукты системы здравоохранения являются результатом ее многолетних усилий и не могут быть отнесены на счет вводимых факторов в каком-то одном отрезке времени.	Уделить больше внимания тому, как показатели учитывают статические и динамические элементы вводимых факторов и произведенных продуктов.

Источник: Fahy et al. (готовится к печати).

на национальном уровне без какой-либо разбивки по регионам в своей основе ущербны, так как они могут скрывать широкие различия, существующие внутри страны. На сегодняшний день достигнут некоторый прогресс в разработке и подтверждении сравнений на уровне провинций и областей.

Еще одним важным соображением является то, что многие показатели, используемые для международного сравнения, содержат подразумеваемые ценностные суждения, которые должны быть подвергнуты тщательному рассмотрению. Например, такие концепции, как итоговые показатели здоровья, статистические веса ограниченности возможностей, отзывчивость и социальная справедливость предполагают наличие некоторого набора ценностей, касающихся того, что составляет цели системы здравоохранения и какова относительная важность этих составляющих. Лицам, вырабатывающим политику, как минимум нужно знать, что некоторые ценностные суждения содержатся в том, как выбираются, оцениваются и представляются показатели.

До сих пор особой пользы от представления результатов сравнений для лиц, вырабатывающих политику, не было. Ни простое представление в виде таблицы с указанием занимаемого места, ни подробное описание с разъяснениями не годятся для того, чтобы на их основании принимать соответствующие ответные меры политики. Неудовлетворительное представление результатов сравнения создает два вида риска: некритичное согласие с результатами и потенциально дорогостоящие и ошибочно выбранные реформы системы здравоохранения, или же несогласие с результатами сравнения как с не соответствующими действительности и, как следствие, утраченная возможность осуществить реформы. В любом случае главное – это необходимость сосредоточить внимание на действиях лиц, вырабатывающих политику, и добиться, чтобы они были обоснованными, учитывали неизбежную неопределенность и были пропорциональными в данных условиях. Для этого обычно необходимо наряду с оценками деятельности представить показатели факторов окружающей среды, в которой действует система здравоохранения, ее функций и потенциала. Такие показатели помогут объяснить представляемые результаты оценки деятельности и предложить ответные меры политики.

Главными требованиями, которые необходимо соблюсти для того, чтобы создать сравнимые показатели, способные удовлетворить потребности лиц, вырабатывающих политику, будут, скорее всего, следующие: правильный выбор методов обобщения сложной информации; повествовательное изложение, в котором схвачены ключевые вопросы и неопределенности; "диагноз" причин возникновения выявленных

в результате сравнения различий и оценка значения результатов для программно-стратегических действий, которые в итоге необходимо предпринять. Тем не менее, важно отметить, что сравнения могут влиять на содержание программно-стратегических действий, но ни в коем случае не должны быть единственными критериями для рекомендации таких действий. Исходной точкой при определении программно-стратегических мер всегда должны быть политика, ценности и приоритеты страны.

Библиография

Allin, S, Hernández-Quevedo C, Masseria C (2009). Measuring equity of access to health care. In: Smith PC et al., eds. *Performance measurement for health system improvement*. Cambridge, Cambridge University Press.

Aday LA et al. (2004). *Evaluating the healthcare system: effectiveness, efficiency, and equity*. Chicago, Health Administration Press.

Arah, OA et al. (2006). A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *International Journal for Quality in Health Care*, 17:5–13.

Atun R, Menabde N (2008). Health systems and systems thinking. In: Coker R, Atun R, McKee M (eds) *Health systems and the challenge of communicable diseases: experiences from Europe and Latin America*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Blendon R et al. (1990). Satisfaction with health systems in ten nations. *Health Affairs*, 9(2):185–192.

Busse R (готовится к печати). Responsiveness. In: Smith PC et al., eds. *Health system performance comparison: an agenda for policy, information and research*.

Busse R et al. (2011a). Being responsive to citizens' expectations? The role of health services in responsiveness and satisfaction. In: McKee M, Figueras J, Saltman RB, eds. *Health systems: health, wealth, society and well-being*. Oxford, Oxford University Press.

Busse R et al. (2011b). *Diagnosis-related groups in Europe*. Maidenhead, Open University Press.

Commonwealth Fund (2006). *Framework for a high-performance health system for the United States*. New York, The Commonwealth Fund.

Coulter A, Cleary PD (2001). Patients' experiences with hospital care in five countries. *Health Affairs* 20(3):43–53

Cylus J, Smith PC (готовится к печати). Efficiency. In: Smith PC et al., eds. *Health system performance comparison: an agenda for policy, information and research*.

De Silva A (2000). *A framework for measuring responsiveness*. Geneva, WHO (GPE Discussion Paper 32) (<http://www.who.int/responsiveness/papers/paper32.pdf>, accessed 13 February 2010).

European Commission (1996). *Eurobarometer 44.3*. Brussels, European Commission.

European Commission (1998). *Eurobarometer 49*. Brussels, European Commission.

European Commission (1999). *Eurobarometer 50.1*. Brussels, European Commission.

European Commission (2000). *Eurobarometer 52.1*. Brussels, European Commission.

European Commission (2002). *Eurobarometer 57.2*. Brussels, European Commission.

Fahy N., Klazinga, N., Lafortune, G. & Stein, C. (готовится к печати). Commentary on international health system data. In: Smith PC et al., eds. *Health system performance comparison: an agenda for policy, information and research*.

Grol R et al. (2000). Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison, *British Journal of General Practice*, 50:882–887.

Hernández-Quevedo C, Papanicolas I, Machenback J (готовится к печати). Equity. In: Smith PC et al., eds. *Health system performance comparison: an agenda for policy, information and research*.

Hurst J, Jee-Hughes M (2001). *Performance measurement and performance management in OECD health systems*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers No. 47).

IHP (2008). Monitoring performance and evaluating progress in the scale-up for better health: a proposed common framework. Document prepared by the monitoring and evaluating working group of the International Health Partnership and Related Initiatives (IHP+) Led by the WHO and the World Bank.

Jee M and Or Z (1999). *Health outcomes in OECD countries: a framework of health indicators for outcome-oriented policymaking*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers No. 36).

Jenkinson C, Coulter A, Bruster S (2002). The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries. *International Journal for Quality in Health Care*, 14:353–358.

Jones, AM, A López-Nicolás (2004). Measurement and explanation of socioeconomic inequality in health with longitudinal data. *Health Economics*, 13(10):1015–1030.

Karanikolos M et al. (готовится к печати). Health outcomes: measuring population health. In Smith PC et al., eds. *Health system performance comparison: an agenda for policy, information and research*.

Kelley E, Hurst J (2006). *Health Care Quality Indicators Project: conceptual framework paper*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD Health Working Papers No. 23).

Klassen A et al. (2009). Performance measurement and improvement frameworks in health, education and social services systems: a systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*, 22:44–69.

Klazinga N, Li L (готовится к печати). Health service outcomes. In: Smith PC et al., eds. *Health system performance comparison: an agenda for policy, information and research*.

Moreno-Serra R, Millett C, Smith PC (2011). Towards improved measurement of financial protection in health. *PLoS Medicine*, 8(9):e1001087.

Moreno-Serra R, Thompson S, Xu K (готовится к печати). Financial protection. In: Smith PC et al., eds. *Health system performance comparison: an agenda for policy, information and research*.

Murray CJL, Frenk J (2000). A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization*, 78:717–730.

Neely A (готовится к печати). Benchmarking. In: Smith PC et al., eds. *Health system performance comparison: an agenda for policy, information and research*.

Nolte E, McKee M (2004). *Does healthcare save lives? Avoidable mortality revisited*. London, The Nuffield Trust.

Nolte E, Bain C, McKee M (2009). Population health. In: Smith PC et al., eds. *Performance measurement for health systems improvement: experiences, challenges and prospects*. Cambridge, Cambridge University Press.

O'Donnell O et al. (2008). *Analyzing health equity using household survey data*. Washington, DC, World Bank Institute, World Bank.

OECD (2010). *Improving value in health care: measuring quality*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development.
<http://www.oecd.org/health/hcqi>.

Papanicolas, I., Smith, PC. (готовится к печати) Reviewing International Frameworks for Health System Performance Assessment. In: Smith PC et al., eds. *Health system performance comparison: an agenda for policy, information and research*.

Rice N, Robone S, Smith PC (2010). International comparison of public sector performance: the use of anchoring vignettes to adjust self-reported data. *Evaluation*, 16(1):81–101.

Roberts MJ et al. (2008). *Getting health reform right: a guide to improving performance and equity*. Oxford, Oxford University Press.

Schoen C et al. (2007). Toward higher-performance health systems: adults' health care experiences in seven countries, 2007. *Health Affairs*, 26(6): w717–w734.

Sicotte C et al. (1998). A conceptual framework for the analysis of health care organizations' performance. *Health Services Management Research*, 11:24–48.

Smith PC et al. (eds.) (2009). *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. Cambridge, Cambridge University Press.

Street A, Hakinnen U (2009). Measuring productivity. In: Smith PC et al., eds. *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. Cambridge, Cambridge University Press.

Valentine N et al. (2009). Health systems responsiveness: a measure of the acceptability of health care processes and systems from the user's perspective. In: Smith PC et al., eds. *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. Cambridge, Cambridge University Press.

Wagstaff, A. van Doorslaer, E. van Der Burg, H. Calonge, S. Christiansen, T. Citoni, G. Gerdtham, UG. Gerfin, M. Gross, L. Häkkinen, U. Johnson, P. John, J. Klavus, J. Lachaud, C. Lauritsen, J. Leu, R. Nolan, B. Perán, E. Pereira, J. Propper, C. Puffer, F. Rochaix, L. Rodríguez, M. Schellhorn, M. Winkelhake, O. et al (1999). Equity in the finance of health care: some further international comparisons. *Journal of Health Economics*, 18(3): 263–290.

Wagstaff A, van Doorslaer E, Watanabe N (2003). On decomposing the causes of health sector inequalities with an application to malnutrition inequalities in Vietnam. *Journal of Econometrics*, 112:207–223.

ВОЗ (2000 г.). *Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2000 г.*
Системы здравоохранения: улучшение деятельности. Женева, Всемирная организация здравоохранения.

ВОЗ (2010 г.). *Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2010 г.*
Финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему охвату населения. Женева, Всемирная организация здравоохранения.

Совместно изданные краткие изложения принципов

1. К вопросу о финансовой устойчивости в системах здравоохранения
Sarah Thomson, Tom Foubister, Josep Figueras, Joseph Kutzin, Govin Permanand, Lucie Bryndová
2. Оценка будущих потребностей в кадровых ресурсах здравоохранения
Gilles Dussault, James Buchan, Walter Sermeus, Zilvinas Padaiga
3. Применение аудита с обратной связью, предполагающей высказывание оценок и отзывов медицинским работникам, как способ повышения качества и безопасности медико- санитарной помощи
Signe Agnes Flottorp, Gro Jamtvedt, Bernhard Gibis, Martin McKee

Сеть фактических данных по вопросам здоровья

(СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ является авторитетным источником фактических данных для руководителей высшего звена во всех 53 государствах – членах Европейского региона ВОЗ. СФДЗ предоставляет оперативные ответы на вопросы стратегического значения, относящиеся к общественному здравоохранению, медицинской помощи и системам здравоохранения.

Эти ответы могут быть изложены в виде основанных на фактических данных докладов, аналитических обзоров, резюме или информационных записок. Кроме того, через свой сайт <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/health-evidence-network-hen> СФДЗ

позволяет пользователям иметь легкий доступ к фактическим данным и информации из ряда сайтов, баз данных и документов.

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

– это партнерство, которое обеспечивает поддержку и содействие процессу формирования политики на основе фактических данных с помощью всестороннего и строго научного анализа деятельности и структуры систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ. Обсерватория привлекает широкий круг руководителей высшего звена, ученых и практических работников к анализу тенденций в реформировании здравоохранения с учетом опыта, приобретенного в рамках всего Региона, ставя перед ними задачу всестороннего освещения стратегических вопросов. С публикациями Обсерватории можно ознакомиться на сайте <http://www.healthobservatory.eu>.