



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

СВОДНЫЙ ДОКЛАД №55 СЕТИ ФАКТИЧЕСКИХ ДАННЫХ ПО ВОПРОСАМ ЗДОРОВЬЯ

**Оценка эффективности систем здравоохранения в Европейском
регионе ВОЗ: какие сферы и показатели используют государства-
члены при проведении измерений?**

Omid Fekri | Erlyn Rachele Macarayan | Niek Klazinga



Сеть фактических данных по вопросам здоровья

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) – действующая с 2003 г. информационная служба для руководителей и организаторов общественного здравоохранения в странах Европейского региона ВОЗ. СФДЗ была создана по решению Европейского регионального бюро ВОЗ и функционирует под эгидой Европейской инициативы в области информации здравоохранения (многосторонней сети, координирующей всю деятельность в сфере информации здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ).

СФДЗ помогает руководителям и организаторам общественного здравоохранения в использовании наилучших имеющихся фактических данных для принятия решений; ее цель – выстроить прочные связи между объективными данными, политикой здравоохранения и позитивными изменениями в сфере общественного здоровья. В серии своих сводных докладов СФДЗ публикует резюмированные данные о том, что уже известно по конкретным вопросам политики, каковы пробелы в знаниях и по каким аспектам ведутся дебаты. Опираясь на проведенный синтез фактических данных, СФДЗ излагает варианты политики, без прямых рекомендаций, так чтобы руководители, отвечающие за принятие стратегических решений, могли на основе этой информации делать собственные выводы и строить оптимальную политику с учетом национальных условий.

**СВОДНЫЙ ДОКЛАД №55 СЕТИ ФАКТИЧЕСКИХ ДАННЫХ
ПО ВОПРОСАМ ЗДОРОВЬЯ**

**Оценка эффективности систем
здравоохранения в Европейском регионе
ВОЗ: какие сферы и показатели используют
государства-члены при проведении измерений?**

Omid Fekri | Erlyn Rachele Macarayan | Niek Klazinga

Аннотация

Особенности оценки эффективности систем здравоохранения (ОЭСЗ) зависят от конкретных условий в тех или иных странах Европейского региона ВОЗ. В настоящем обзоре вкратце описаны основные сферы и показатели, которые государства-члены используют при проведении оценок и при отчетности по системам здравоохранения. Материалы на английском языке публиковались тридцатью государствами-членами, и из новейших документов авторы выделили 1485 четких показателей. Число показателей, по которым предоставляли отчетность государства-члены, варьировалось от 9 до 146 (срединное значение – 50). Из 14 сфер, вошедших в рамочную основу ВОЗ от 2007 г., практически все рассмотренные государства-члены охватили предоставление услуг и улучшение показателей здоровья (30 и 29 стран соответственно), однако по другим 12 сферам показатели охвата значительно варьировались. Например, такие сферы, как кадровые ресурсы здравоохранения и финансирование, были охвачены, соответственно, 25 и 26 странами, но вопросы безопасности, эффективности, охвата услугами и отзывчивости освещались лишь в 20–30% документов. Рамочные основы нуждаются в дальнейшей доработке в том, что касается сферы применения и функций, а также концептуальной верности выбранных сфер. Помимо этого, следует стремиться к дальнейшей стандартизации общих наборов показателей.

Ключевые слова

OUTCOME ASSESSMENT (HEALTH CARE), QUALITY INDICATORS, HEALTH CARE, DELIVERY OF HEALTH CARE, EUROPE

Пример оформления библиографической ссылки для цитирования

Fekri O, Macarayan ER, Klazinga N. Оценка эффективности систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ: какие сферы и показатели используют государства-члены при проведении измерений? Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2018 г. (Сводный доклад №55 Сети фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ)).

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

Отдел публикаций:
Европейское региональное бюро ВОЗ
UN City, Marmorvej 51
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-форме на сайте Регионального бюро (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

ISSN 2227-4316
ISBN 978 92 890 5370 9

© Всемирная организация здравоохранения, 2018 г.

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

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

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

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

СОДЕРЖАНИЕ

▶ Условные сокращения	iv
▶ Лица, внесшие вклад в разработку доклада	v
▶ Резюме	viii
▶ 1. Введение	1
▶ 1.1 История вопроса	1
▶ 1.2 Методология	10
▶ 2. Результаты	11
▶ 2.1 Государства-члены, проводящие ОЭСЗ в Европейском регионе ВОЗ	11
▶ 2.2 Ряд сфер, по которым проводилась ОЭСЗ в государствах-членах ...	11
▶ 2.3 Показатели ОЭСЗ, используемые государствами-членами	13
▶ 3. Обсуждение	18
▶ 3.1 Сильные и слабые стороны обзора	18
▶ 3.2 Классификация показателей ОЭСЗ в соответствии со сферами оценки рамочной основы ВОЗ	20
▶ 3.3 Размышления о рамочных основах, сферах оценки и показателях	21
▶ 3.4 Стратегические выводы	25
▶ 4. Выводы	27
▶ Библиография	28
▶ Приложение 1. Стратегия поиска	34

УСЛОВНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

ЕИИЗ	Европейская инициатива в области информации здравоохранения
ЕС	Европейский союз
ССЗ	Система счетов здравоохранения
ОЭСЗ	Оценка эффективности систем здравоохранения
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития
ЕСНІ	Проект «Основные показатели здоровья населения Европы»
ЕVIPNet	Сеть по вопросам использования данных научных исследований при формировании политики
НСQI	Проект «Показатели качества медицинского обслуживания»

ЛИЦА, ВНЕСШИЕ ВКЛАД В РАЗРАБОТКУ ДОКЛАДА

Авторы

Omid Fekri

Специалист по техническим вопросам, Информатика и информационные системы здравоохранения, Отдел информации, фактических данных, научных исследований и инноваций, Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания; аспирант кафедры социальной медицины, Академический медицинский центр, Университет Амстердама, Амстердам, Нидерланды

Erlyn Rachele Macarayan

Научный сотрудник, Комиссия журнала «Ланцет» по вопросам обеспечения высококачественных систем здравоохранения в эпоху ЦУР, Лаборатории Ариадны, Женский госпиталь Бригама и Гарвардская школа общественного здравоохранения им. Т.Х. Чана, Бостон, США

Niek Klazinga

Профессор социальной медицины, кафедра социальной медицины, Академический медицинский центр, Университет Амстердама, Амстердам, Нидерланды

Независимые рецензенты

Maria M. Hofmarcher-Holzacker

Директор отдела сбора информации здравоохранения и научный сотрудник кафедры экономики здравоохранения, Венский медицинский университет, Австрия

Zeuner Or

Руководитель научных исследований, Institut de Recherches et de documentation en Economie de la Santé, Париж, Франция

Nataša Perić

Исследователь, департамент экономики здравоохранения, Центр общественного здравоохранения, Венский медицинский университет, Австрия

Peter Smith

Почетный профессор политики здравоохранения, Школа бизнеса Имперского колледжа, Лондон, Соединенное Королевство

Редакционная коллегия, Европейское региональное бюро ВОЗ

Отдел информации, фактических данных, научных исследований и инноваций

Tina Dannemann Purnat

Руководитель подразделения, Информатика и информационные системы здравоохранения, и.о. руководителя подразделения и руководителя программы «Информация, мониторинг и анализ в здравоохранении»

Ryoko Takahashi

Технический специалист, подразделение по управлению знаниями, фактическим данным и научным исследованиям для выработки политики

Отдел систем здравоохранения и общественного здоровья

Elke Jakubowski

Старший советник, Политика и стратегии

Редакционная коллегия Сети фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ)

Claudia Stein, директор

Tanja Kuchenmüller, и.о. главного редактора

Ryoko Takahashi, редактор серии

Krista Kruja, ассистент Секретариата СФДЗ

Andrew Booth, ассистент Секретариата СФДЗ

Jane Ward, научный редактор

Редакционная коллегия СФДЗ входит в состав Отдела информации, фактических данных, научных исследований и инноваций Европейского регионального бюро ВОЗ. Обобщающие доклады СФДЗ являются заказными работами, проходящими коллегиальный обзор на международном уровне. За их содержание несут ответственность авторы. Они необязательно отражают официальную политику Регионального бюро.

Министерство здравоохранения Российской Федерации оплатило перевод и выпуск это публикации на русском языке.

РЕЗЮМЕ

Суть проблемы

Европейское региональное бюро ВОЗ оказывает техническую поддержку в проведении оценки эффективности работы систем здравоохранения (ОЭСЗ), в частности, по таким направлениям, как укрепление национального потенциала и содействие аналитической деятельности с целью сравнения существующих рамок основ политики здравоохранения во всем Регионе. Особенности ОЭСЗ зависят от конкретных условий в тех или иных странах Европейского региона ВОЗ. Поэтому возникает необходимость в определении универсальных для всех государств-членов исходных данных, необходимых для проведения ОЭСЗ. В настоящем обзоре вкратце описаны основные сферы и показатели, которые государства-члены используют при проведении своих ОЭСЗ и при представлении отчетности по системам здравоохранения. Результаты обзора могут пригодиться для того, чтобы определить сходства и различия приоритетных направлений ОЭСЗ в разных странах Региона, послужить в качестве доказательной базы для проведения сравнительного анализа систем здравоохранения и предоставить предварительные данные по областям, в которых странам может понадобиться дальнейшая поддержка со стороны ВОЗ с целью укрепления систем здравоохранения как на национальном, так и на региональном уровнях.

Обобщающий вопрос

Авторы настоящего доклада изучили методы оценки эффективности работы систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ, посредством поиска ответов на следующий вопрос: «Какие показатели и сферы оценки используют государства-члены для измерения эффективности систем здравоохранения?».

Виды фактических данных

В процессе настоящего обзора извлечение фактических данных осуществлялось в рамках целенаправленного анализа документов систем здравоохранения, имеющих доступ в Интернете (напр., национальные стратегические планы укрепления здоровья населения или

систем здравоохранения, национальные доклады об ОЭСЗ, национальные доклады о целевых показателях здравоохранения), опубликованные на английском языке государствами-членами Европейского региона ВОЗ в период с 2002 по 2015 гг. В каждом документе осуществлялся поиск случаев упоминания показателей ОЭСЗ и их анализ в разбивке по 14 сферам, выделенным в рамочной основе систем здравоохранения ВОЗ 2007 г.

Результаты

В период с 2002 по 2015 гг. по каждому из 53 государств-членов Европейского региона ВОЗ была найдена по крайней мере одна публикация, связанная с системой здравоохранения; но только в 30 государствах-членах такие материалы публиковались на английском языке. Семнадцать государств-членов выражали признательность за помощь в подготовке материалов учреждениям-партнерам (напр., ВОЗ, Всемирному банку), 14 стран включили рамочные основы ОЭСЗ в свои публикации. В общей сложности авторы выделили 1485 отдельных показателей из 30 англоязычных публикаций, прошедших оценку; число показателей, по которым предоставляли отчетность государства-члены, варьировалось от 9 до 146 (срединное значение – 50). Сферы предоставления услуг и улучшения показателей здоровья рассматривались почти всеми государствами-членами (30 и 29 странами соответственно), однако по другим 12 сферам из рамочного документа ВОЗ 2007 г. показатели охвата значительно варьировались. Например, такие сферы, как кадровые ресурсы здравоохранения и финансирование, были охвачены, соответственно, 25 и 26 странами, но вопросы безопасности, эффективности, охвата услугами и отзывчивости освещались лишь в 20–30% документов.

Стратегические выводы

Эффективность и доступность ОЭСЗ для партнеров в области здравоохранения и граждан повысится, если такая оценка будет осуществляться при помощи четко определенных показателей, позволяющих проводить сравнение разных систем. Лица, ответственные за управление ОЭСЗ, могут рассмотреть следующие варианты дальнейшей оптимизации устоявшихся процедур:

- ввиду того, что некоторые показатели могут использоваться в разных сферах (напр., в области финансирования, охвата услугами,

социальной защиты и защиты от финансовых рисков), более четкое представление круга вопросов и функций каждой сферы оценки могло бы содействовать более четкому распределению показателей;

- можно было бы расширить область применения имеющихся финансовых показателей для рассмотрения вопросов из таких сфер, как доступ, охват и повышение качества услуг;
- в рамках механизмов, сфер оценки и показателей ОЭСЗ можно было бы разработать четкую концепцию эффективности предоставления услуг здравоохранения относительно общей эффективности работы системы здравоохранения как единого целого;
- для оценки промежуточных сфер доступа, охвата, качества и безопасности услуг необходимо наличие достаточного числа подходящих показателей для описания того, как повышение эффективности вводных ресурсов и результатов оказания услуг приводит к общей пользе на промежуточных стадиях;
- вопросы безопасности можно было бы отнести к сфере оценки качества;
- оценку итоговых результатов можно расширить с показателей смертности до показателей качества жизни и благополучия (т.е. результаты лечения по оценке пациентов);
- сферу отзывчивости можно было бы представить более комплексным/ стандартизированным образом и связать ее с необходимостью разработки стратегий по привлечению к работе самих граждан и расширению их прав и возможностей.



1. ВВЕДЕНИЕ

1.1 История вопроса

Значительная доля глобального объема производства инвестируется в системы здравоохранения (~10% валового внутреннего продукта в 2014 г. (1)), поэтому процессы принятия решений для оптимизации эффективности работы систем здравоохранения крайне важны. ОЭСЗ дает возможность оценить систему здравоохранения как единое целое при помощи ограниченного числа показателей, помогающих увязать итоговые результаты работы систем с их функциями или проводимыми в их рамках стратегиями. ОЭСЗ зависит от конкретных условий отдельных стран, является частью стратегических процессов на национальном или субнациональном уровнях и связана с национальными планами или стратегиями здравоохранения везде, где это возможно. Количественные показатели дополняются данными о качестве или результатами более глубокой оценки с целью перейти от измерения показателей к анализу эффективности работы систем и определению подходящих вариантов политики. Методологию ОЭСЗ можно рассматривать как многофункциональный инструмент, при помощи которого можно отслеживать преобразования системы здравоохранения, а также собирать данные, необходимые для выделения бюджетных средств, улучшения отчетности, обеспечения справедливости и продуктивности в рамках систем здравоохранения (2,3).

ВОЗ стремится к укреплению основ направленной на развитие системы здравоохранения политики, формируемой с учетом фактических данных. Сюда входит деятельность по выработке общей концептуальной основы ОЭСЗ, поощрение разработки инструментов измерения ее компонентов, укрепление сотрудничества между странами для содействия взаимному обучению с целью повышения эффективности работы систем здравоохранения.

С момента принятия Таллиннской хартии «Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния» 2008 г. государства-члены Европейского региона ВОЗ прилагают усилия по укреплению систем здравоохранения, в соответствии с выраженной ими приверженностью «демонстрировать высокие показатели деятельности» и «развивать атмосферу гласности и прозрачности, а также повышать уровень подотчетности в отношении деятельности систем здравоохранения в целях достижения измеримых результатов» (4). Эта приверженность подтверждается в резолюции о

приоритетных задачах ВОЗ в области укрепления систем здравоохранения на 2015–2020 гг., принятой на Шестидесят пятой сессии Европейского регионального комитета ВОЗ в сентябре 2015 г. (5). В основе этих приоритетных задач лежит перспективное видение европейской политики здравоохранения Здоровье-2020 (6) и Цели в области устойчивого развития ООН (7). В 2016 г. все государства-члены Европейского региона ВОЗ приняли План действий в поддержку использования фактических данных, информации и научных исследований при выработке политики в Европейском регионе ВОЗ (8). Первой ключевой областью деятельности в рамках плана является укрепление систем информации здравоохранения, гармонизация показателей здравоохранения и создание интегрированной информационной системы здравоохранения для Европейского региона. К другим инициативам Европейского регионального бюро ВОЗ относится запуск Европейской инициативы в области информации здравоохранения (ЕИИЗ) в 2012 г., которая представляет собой сетевое объединение с участием многочисленных партнеров, занимающееся координацией деятельности в области информации здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ и выступающее в качестве платформы для реализации плана действий (9). Основным элементом ЕИИЗ является сбор информации о здоровье и благополучии населения, уделяя особое внимание показателям оценки. Например, Информационная сеть здравоохранения для малых стран, одна из четырех сетей в составе ЕИИЗ, проведет особую ОЭСЗ в восьми малых государствах-членах ВОЗ (Андорра, Исландия, Кипр, Люксембург, Мальта, Монако, Сан-Марино и Черногория) (10), и опубликует результаты в сводном отчете, представляя как результаты по отдельным странам, так и их сравнительный анализ.

Сеть по вопросам использования данных научных исследований при формировании политики (EVIPNet) – это глобальная инициатива ВОЗ по содействию систематическому использованию данных научных исследований в области здравоохранения при формировании политики. Сеть EVIPNet-Европа создает возможности для обмена опытом, предоставляет инструменты и оказывает поддержку для наращивания потенциала в области передачи знаний и использования наилучших фактических данных для принятия решений на местном уровне (11). В ее рамках поощряется создание страновых групп для содействия процессам выработки и внедрения политики на основе наилучших фактических данных, имеющих как на местном, так и на глобальном уровнях. В 2017 г. в состав сети входили 19 государств-членов. Более того, Европейское

региональное бюро ВОЗ разработало и протестировало методическое пособие, призванное помочь государствам-членам в проведении оценки информационных систем здравоохранения, которые играют важную роль в сборе, анализе и применении данных здравоохранения в процессе принятия решений (12).

Помимо проведения этих инициатив Европейское региональное бюро ВОЗ оказывает поддержку государствам-членам в публикации их собственных докладов об ОЭСЗ; в 2016 г. число таких докладов составило 17 (13). Благодаря пособию для проведения ОЭСЗ на национальном и субнациональном уровнях Европейского регионального бюро ВОЗ также оказывается поддержка местным усилиям по наращиванию потенциала в этой области (14).

1.1.1 Рамочные основы ОЭСЗ

Первая рамочная основа оценки эффективности работы систем здравоохранения была сформулирована для ВОЗ в работе Murray et Frenk в 1999 г. (15). В ней рассматривались концепция и параметры ОЭСЗ, а также три основополагающие сферы: справедливость, эффективность и качество (рис. 1). Был разработан целый комплекс целей, достижению которых должны содействовать системы здравоохранения, и первый набор показателей выполнения этих целей и обеспечения эффективности работы системы здравоохранения был опубликован в Докладе о состоянии здравоохранения в мире 2000 г. (16).

Рис. 1. Задачи по обеспечению высокого качества, справедливости и эффективности систем здравоохранения в рамочном документе ВОЗ 1999 г.

	Задачи системы здравоохранения		Эффективность
	Уровень	Распределение	
Здоровье	✓	✓	}
Отзывчивость	✓	✓	
Справедливость в финансировании		✓	
	Качество	Справедливость	

В 2000 г. изначальная рамочная основа, описывающая три сферы результативности (15), была дополнена четырьмя системными функциями (17) (рис. 2) (18). Таким образом, концепция развития системы здравоохранения была представлена при помощи понятий вводимых ресурсов, производительности, результатов и общей пользы в соответствии с теориями Donabedian (19).

Рис. 2. Рамочные основы систем здравоохранения ВОЗ 2000 г., включающие четыре функции и три задачи

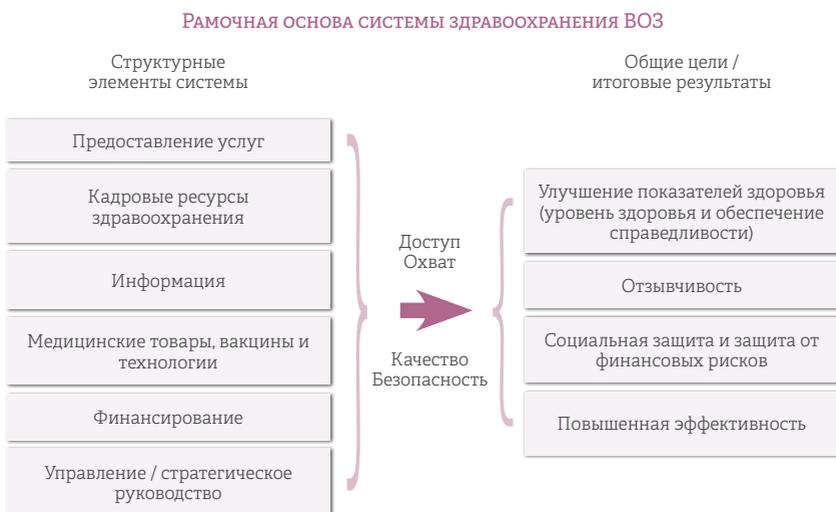


Источник: Papanicolas & Smith, 2013 (18).

Отталкиваясь от такой концептуальной базы, рамочная основа ОЭСЗ постепенно трансформировалась в модель, представленную в докладе ВОЗ 2007 г. *Everybody's business* (рис. 3) (20). Новая концептуальная модель также построена на теории вводимых ресурсов, производительности, результатов и общей пользы и включает четыре оригинальные сферы результативности. Помимо этого, она дополнена шестью системными структурными элементами и промежуточными целями доступа, охвата, качества и безопасности, т.е. в общей сложности в ней представлены 14 сфер оценки. Эти структурные элементы определяют желаемые характеристики

системы здравоохранения и помогают определить ее участки, где такие характеристики отсутствуют. В рамочной основе 2007 г. подчеркивается важность оценки не только целей системы здравоохранения, но и структурных элементов, на которых она основывается.

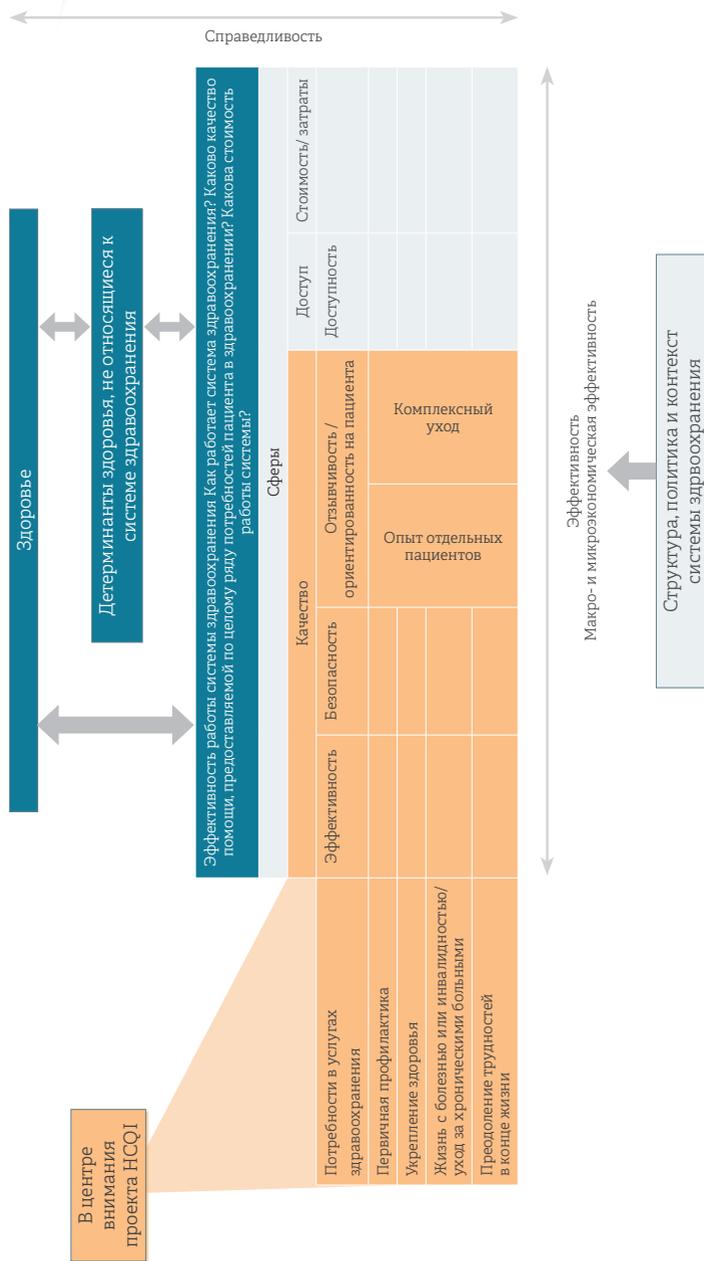
Рис. 3. Рамочная основа системы здравоохранения ВОЗ 2007 г., включая шесть структурных элементов и четыре итоговых результата



Источник: WHO, 2007 (20).

После этого были предприняты многочисленные попытки доработки рамочных основ и практического внедрения оценки в различных сферах. Так, в 2001 г. Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) запустила проект «Показатели качества медицинского обслуживания» (HCQI) (21), и с 2007 г. результаты этого проекта публикуются в серии докладов ОЭСР Health at a glance (22) и используются для международных сравнений на постоянной основе. С течением времени ОЭСР расширила сферы оценки затрат здравоохранения, которые изначально измерялись в соответствии со стандартами Системы счетов здравоохранения (ССЗ). Это также привело к созданию рамочных основ измерения эффективности работы системы здравоохранения, которыми ОЭСР пользуется с 2005 г. и которые были уточнены в 2015 г. (рис. 4) (21,23).

Рис. 4. Рамочная основа ОЭСР измерения эффективности работы системы здравоохранения



Источник: Carinci et al., 2015 (21).



Рамочная основа ОЭСЗ базируется на предыдущих концептуальных представлениях оценки состояния здоровья и эффективности работы системы здравоохранения. В модели общественного здравоохранения, разработанной Lalonde, признается, что помимо сектора здравоохранения, на здоровье населения также влияют такие факторы, как окружающая среда, генетические особенности и поведение (детерминанты здоровья, не относящиеся к системе здравоохранения) (24). В рамочную основу ОЭСР также вошли элементы аналогичного документа Института медицины, в котором сферы оценки разделены горизонтально в соответствии с уровнями потребностей в услугах здравоохранения на разных этапах жизни человека, т. е. сохранение и укрепление здоровья, жизнь с болезнью или инвалидностью, преодоление трудностей в конце жизни (25).

В то время как оценка эффективности работы системы здравоохранения ОЭСР была обусловлена экономическими аспектами (что привело к созданию ССЗ), в Европейском союзе (ЕС) инициативы по проведению такой оценки берут свое начало в теории общественного здравоохранения. В Маастрихтском договоре 1992 г. был впервые описан круг полномочий общественного здравоохранения стран ЕС, и после его подписания начался сбор сравнительной информации о состоянии здоровья населения. Деятельность по сбору и обработке этих данных в настоящее время координируется Генеральным директоратом по здравоохранению и безопасности пищевой продукции ЕС. В сообщении Европейской комиссии от 2005 г. выдвигаются на рассмотрение три долгосрочные цели систем здравоохранения ЕС (предоставление услуг на основе принципов всеобщего доступа, справедливости и солидарности; обеспечение высокого качества медико-санитарных услуг и финансовой устойчивости системы здравоохранения), а также избранные показатели для измерения прогресса в области достижения этих целей (26). Данные по этим показателям можно найти на веб-сайте Евростата (27), на котором также публикуется информация о мероприятиях по сбору данных о ССЗ и неденежных показателях кадровых и материальных ресурсов, проводимых совместно с Европейским региональным бюро ВОЗ и ОЭСР. В последние несколько лет появились новые инициативы в данной области, в частности, был запущен проект «Основные показатели здоровья населения Европы» (ЕСН1) (28) и создана Экспертная группа по вопросам информации здравоохранения (29). Помимо конкретных аспектов охраны здоровья населения показатели эффективности работы также были разработаны в таких сферах, как кадровые ресурсы

здравоохранения, эффективность услуг и онкологическая помощь. Самая недавняя инициатива ЕС – создание Экспертной группы по вопросам оценки эффективности работы систем здравоохранения в 2014 г. (30). Вместо разработки новой рамочной основы или показателей группа обобщает результаты ОЭСЗ и их использования на практике (как видно из новейших докладов о качестве медико-санитарной помощи). Одновременно с этим Комитет по социальной защите ЕС начал в 2013 г. работу по ОЭСЗ в рамках общего механизма оценки здравоохранения (31).

Эти три примера из ЕС, ОЭСР и ВОЗ показывают прогресс, достигнутый на международном уровне в области стандартизации определенных сфер оценки и их показателей. Однако несмотря на достигнутые успехи в научном и теоретическом плане относительно оценки эффективности (32) и справедливости услуг (33), гораздо меньший прогресс отмечается в области согласования стандартных сравнительных показателей.

1.1.2 Использование концептуальных основ ОЭСЗ государствами-членами

Хотя в рамках систем здравоохранения разных стран используются разнообразные методы работы и финансирования, большинство из них преследуют общие цели и сталкиваются с одинаковыми трудностями. Основное преимущество проведения ОЭСЗ заключается в получении общего представления о состоянии системы здравоохранения, которое можно сравнить с состоянием систем здравоохранения в других странах. Такие сравнения дают возможность обмениваться опытом и изучить новые варианты выработки эффективной национальной политики здравоохранения.

Точное использование сфер и показателей ОЭСЗ какой-либо страны будет зависеть от конкретной цели проведения оценки, которая в большинстве случаев направлена на предоставление отчетности для демонстрации эффективности работы системы здравоохранения в целом. Согласно сообщениям, сферы и показатели оценки также используются для разработки внутренней стратегии (выбор стратегических приоритетов на основе данных об эффективности работы); для установления связи с внутренними процессами стратегического руководства (каким способом отдельные службы или регионы вносят вклад в обеспечение эффективности всей системы); для предоставления материалов для размышления об эффективности работы на национальном и местном уровнях в привязке к национальным



или региональным целевым показателям, обеспечивая отчетность перед правительством и всем населением. По сути, в докладе об ОЭСЗ всегда сочетается функция общей оценки (отчетность) и формативная функция (т.е. обучение и совершенствование). Одним из основных целей применения знаний, полученных в результате проведения ОЭСЗ, является поддержка процессов формирования политики с учетом фактических данных.

Как минимум 43 из 53 государств-членов в Регионе устанавливают комплексные ожидаемые результаты для системы здравоохранения в рамках национальной стратегии в области здравоохранения, политики и планов развития здравоохранения или целевых программ. Проведение систематических обзоров эффективности работы систем здравоохранения осуществляется на практике как минимум в 18 государствах-членах. Некоторые из них являются непосредственной частью таких планов или стратегий, в то время как другие проводятся в качестве отдельных мероприятий, как например, ОЭСЗ (3). В общем как минимум 32 государства-члена имеют национальные архивы или платформы для хранения информации об эффективности работы систем здравоохранения, при этом в их рамках разработаны наборы показателей, по которым регулярно проводятся измерения с течением времени. Число используемых показателей существенно варьируется в разных государствах-членах (от 26 до более 1000). Такие большие разбежки затрудняют процессы сравнения систем здравоохранения в разных странах, а также повышения подотчетности и прозрачности.

Следовательно, важно расширять знания о том, что и каким образом измеряется в государствах-членах для демонстрации эффективности работы систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ. Авторы настоящего доклада использовали рамочную основу системы здравоохранения ВОЗ 2007 г. (включающую 14 сфер оценки) в качестве основы классификации показателей, представленных в отчетах государств-членов об ОЭСЗ, чтобы ответить на следующий вопрос: «Оценка эффективности систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ: какие сферы и показатели использовали государства-члены при проведении измерений в период с 2002 по 2015 гг.?»

1.2 Методология

В период с осени 2016 г. по осень 2017 г. был проведен обзор всех имеющихся в открытом доступе онлайн-ресурсов с веб-сайтов министерств здравоохранения, национальных управлений здравоохранения, национальных медицинских институтов или учреждений, других правительственных и международных организаций или образований, таких как ЕС, ОЭСР, ВОЗ, Всемирный банк, с целью найти подходящие статьи, опубликованные на английском языке между 2002 и 2015 гг.

Хотя доклады о системе здравоохранения или эффективности ее работы публикуются во всех 53-х государствах-членах, на английском языке они имелись только в 30 странах (Азербайджан, Албания, Армения, Беларусь, Бельгия, Босния и Герцеговина, бывшая югославская Республика Македония, Венгрия, Дания, Германия, Грузия, Ирландия, Исландия, Кыргызстан, Латвия, Мальта, Нидерланды, Польша, Португалия, Республика Молдова, Российская Федерация, Соединенное Королевство, Таджикистан, Турция, Финляндия, Хорватия, Черногория, Швейцария, Швеция, Эстония). Были использованы новейшие публикации по каждому из этих государств-членов (2,34–61) для анализа сфер оценки и показателей.

По следующим 23 государствам-членам не было найдено документов на английском языке: Австрия, Андорра, Болгария, Греция, Израиль, Испания, Италия, Казахстан, Кипр, Литва, Люксембург, Монако, Норвегия, Румыния, Сан-Марино, Сербия, Словакия, Словения, Туркменистан, Узбекистан, Украина, Франция, Чешская Республика.

На второй стадии анализа этих 30 докладов на английском языке были определены показатели, отвечающие использованным критериям включения (см. приложение 1), которые затем были распределены по 14 сферам оценки, выделенным в рамочном документе ВОЗ 2007 г.

Полное описание методологии представлено в приложении 1.



2. РЕЗУЛЬТАТЫ

2.1 Государства-члены, проводящие ОЭСЗ в Европейском регионе ВОЗ

Из 30 государств-членов, доклады которых были проанализированы в процессе настоящего обзора, 17 государств выражали признательность за поддержку в подготовке докладов таким учреждениям и образованиям, как ЕС (Таджикистан), ОЭСР (Дания, Российская Федерация, Швейцария), ВОЗ (Азербайджан, Армения, Венгрия, Грузия, Кыргызстан, Латвия, Республика Молдова, Таджикистан, Турция, Швейцария, Эстония) и Всемирный банк (Азербайджан, Албания, Армения, Беларусь, Грузия, Турция).

Доклады об ОЭСЗ из 14 государств-членов включали графическое представление концепции ОЭСЗ с использованием одной из рамочных основ: Албания, Армения, Беларусь, Бельгия, Босния, Грузия, Ирландия, Кыргызстан, Мальта, Нидерланды, Республика Молдова, Таджикистан, Турция и Эстония. В этих рамочных основах отражались сферы оценки, использованные в документе ВОЗ 2007 г., особенно в докладах государств-членов, которым оказывала содействие ВОЗ, в частности, Армении и Кыргызстана.

2.2 Ряд сфер, по которым проводилась ОЭСЗ в государствах-членах

Документы отличались большим разнообразием в том, что касается числа найденных в них сфер оценки из рамочного документа ВОЗ 2007 г. (таблица 1), при этом ни в одном государстве-члене не публиковались показатели по всем 14 сферам. Сфера оценки предоставления услуг и укрепления здоровья рассматривалась почти во всех государствах-членах (30 и 29 соответственно), однако по другим 12 сферам показатели охвата значительно варьировались. Вопросы кадровых ресурсов здравоохранения и финансирования освещались довольно хорошо (25 и 26 странами соответственно), но другие вопросы охватывались только в 20-30% документов (таблица 2). Меньше всего внимания уделялось вопросам охвата услугами, безопасности, отзывчивости и повышения эффективности по сравнению с остальными сферами, выделенными в рамочной основе

ВОЗ. ОЭСЗ в этих сферах проводилась только в семи государствах-членах и в среднем по 18 показателям из каждой сферы.

Таблица 1. Число сфер оценки, о которых сообщается в государствах-членах

Общее число сфер ВОЗ, по которым проводилась оценка	Государство-член
13	Бельгия
12	Мальта, Турция
9	Албания, Армения, Беларусь, Таджикистан
8	Германия, Нидерланды, Республика Молдова
7	Азербайджан, Грузия, Соединенное Королевство, Хорватия, Швейцария, Швеция
6	Босния и Герцеговина, Венгрия, Ирландия, Исландия, Португалия, Эстония
5	Бывшая югославская Республика Македония, Дания
4	Кыргызстан, Латвия, Польша, Российская Федерация, Финляндия
3	Черногория

Таблица 2. Число государств-членов, проводящих оценку по каждой сфере

Сферы	Общее число государств-членов, проводящих оценку в данной сфере	
Ресурсы	Предоставление услуг	30
	Кадровые ресурсы здравоохранения	25
	Информация	10
	Медицинские товары, вакцины и технологии	14
	Финансирование	26
	Управление и стратегическое руководство	12
Производительность	Доступ	13
	Охват	7
	Качество	11
	Безопасность	7

Таблица 2 (продолжение)

Сферы		Общее число государств-членов, проводящих оценку в данной сфере
Результаты	Улучшение показателей здоровья, в том числе уровень здоровья и обеспечение справедливости	29
	Отзывчивость	7
	Социальная защита и защита от финансовых рисков	10
	Повышенная эффективность	7

2.3 Показатели ОЭСЗ, используемые государствами-членами

В целом из 30 докладов было выделено 1485 отдельных показателей. Отмечалась большая степень неоднородности в том, что касается числа показателей и сфер, по которым проводилась оценка эффективности работы систем здравоохранения в каждом государстве-члене, а также числа отдельных показателей в рамках каждой сферы, которое варьировалось от 9 до 146 на страну. Далее приводится краткое описание распределения этих показателей по 14 сферам оценки рамочной основы ВОЗ. Для этой классификации была использована дополнительная контекстуальная информация, такая как заголовки глав/разделов и другой текст для того, чтобы правильно классифицировать показатели, которые могли относиться к нескольким сферам оценки.

2.3.1 Предоставление услуг

В сфере оценки предоставления услуг, которая охватывалась во всех 30 документах, было представлено второе по величине число показателей (~20% из всех найденных). К их числу относились классические структурные индикаторы, такие как связанное с народонаселением число больниц, амбулаторных клиник, стоматологических кабинетов, служб первичной медико-санитарной помощи, центров иммунизации, служб общественного ухода и в меньшей степени — служб охраны психического здоровья. При оценке производительности системы здравоохранения основной акцент делался на числе койко-мест, времени ожидания конкретных

услуг, экстренной помощи. Что касается оценки работы служб, в этой сфере использовались показатели эффективности услуг, в частности, онкологической помощи и отзывчивости (согласно опыту пользователей). Уровень детализации отчетности по некоторым областям, таким как эффективность работы больниц, значительно варьировался в зависимости от государства-члена, при этом показатели касались объемов имеющихся ресурсов, в частности, числа койко-мест и больниц; предоставления услуг по отдельным процедурам; результатов лечения.

2.3.2 Кадровые ресурсы здравоохранения

Сфера кадровых ресурсов здравоохранения оценивалась в 25 государствах-членах. В ее рамках применялся классический подход к кадровым ресурсам и главным образом приводилась информация относительно их структурного распределения, т.е. о числе практикующих специалистов, таких как врачей, стоматологов, медсестер, акушерок и гораздо реже — о работниках смежных профессий. Что касается актуальности мер политики, некоторые показатели указывали на соотношение между кадровыми ресурсами (доктора-медсестры) и их географическое распределение, но показатели сочетания профессиональных навыков собирались гораздо реже.

2.3.3 Информация

Хотя информационная система должна лежать в основе получения информации об эффективности работы системы здравоохранения (62), только 10 государств-членов включили в свои доклады конкретные показатели, касающиеся информационных систем здравоохранения. Некоторые из них относились к цифровой обработке информации (электронное назначение препаратов, электронное направление на прием к специалисту, электронное здравоохранение). При помощи найденных показателей нельзя провести оценку тенденций и дальнейшего развития информационных структур и их возможностей для поддержки ОЭСЗ.

2.3.4 Медицинские товары, вакцины и технологии

Многие показатели из сферы медицинских товаров, вакцин и технологий, по которым предоставили информацию 14 государств-членов, охватывали вопросы компенсационных выплат и использования фармацевтических товаров и приборов. Некоторые государства-члены сообщили об обеспечении соответствия нормам использования конкретных медицинских препаратов.



Не было найдено показателей относительно того, сколько времени занимает процесс одобрения новых лекарств и приборов в государствах-членах (инновационный потенциал и его использование).

2.3.5 Финансирование

По сфере финансирования отчетность предоставлялась в 26 государствах-членах с применением широкого ряда показателей (~15% всех найденных в настоящем обзоре показателей). Многие из них были связаны с расходованием средств и соответствовали показателям ССЗ. Остальные показатели относились к функционированию финансовых механизмов, таких как страховое покрытие, добровольное медицинское страхование, оплата услуг из собственных средств пациентов, а также к целому спектру различных механизмов расходов, затрат и компенсационных выплат.

2.3.6 Управление/стратегическое руководство

Только в 12 государствах-членах предоставлялась информация о сфере управления/стратегического руководства с использованием ограниченного числа показателей. Показатели отражали применение государствами-членами стратегий общественного здравоохранения (напр., борьба с потреблением алкоголя и табака), и в меньшей степени — элементы процесса управления (централизация и децентрализация усилий). Вкратце, в этой сфере применялись показатели, отражающие классическое направление работы по обеспечению выполнения политики здравоохранения, а не показатели эффективности стратегического руководства, направленного на улучшение услуг здравоохранения.

2.3.7 Доступ к услугам

В литературных источниках доступ всегда рассматривается как сочетание финансовой приемлемости, географической доступности (распределение) и наличия служб систем здравоохранения. В этом плане доступ связан с планированием (предоставление достаточного числа услуг) и финансированием системы (обеспечение приемлемой для населения стоимости услуг). Эти аспекты отражаются при помощи небольшого числа показателей, использованных в сфере оценки доступа к услугам, отчетность о которой предоставлялась в 13 государствах-членах. Однако некоторые использованные здесь показатели также можно было рассматривать как отражающие вопросы обеспечения справедливости систем здравоохранения.

2.3.8 Охват услугами

Хотя было выделено совсем мало показателей в сфере охвата услугами, по которой предоставлялась отчетность в семи государствах-членах, некоторые из них относились к проблеме неравенства. Это указывает на необходимость в уточнении концепции оценки систем здравоохранения для устранения частичного концептуального совпадения между сферами финансирования, доступа, охвата, эффективности и справедливости.

2.3.9 Качество

Показатели в сфере оценки качества, по которой предоставлялась отчетность в 11 государствах-членах, в основном были взаимозаменяемыми с показателями из сферы предоставления услуг (относительно эффективности услуг и чувства удовлетворения пациентов) и в меньшей степени — с показателями из сферы стратегического руководства (относительно более структурных механизмов, таких как аккредитация, регистры качества и привлечение к мероприятиям повышения качества).

2.3.10 Безопасность

Сфера оценки безопасности затрагивалась в докладах семи государств-членов, но в ней содержалось небольшое число показателей, в основном относящихся к несчастным случаям и больничным осложнениям.

2.3.11 Улучшение показателей здоровья (в том числе уровень здоровья и обеспечение справедливости)

В сфере укрепления здоровья (особенно относительно оценки уровня здоровья и обеспечения справедливости в вопросах здравоохранения) в очередной раз подчеркиваются первоначальные идеи рамочной основы Murgau и Frenk (15), поэтому здесь насчитывается самое большое число показателей (~33% всех показателей, найденных в публикациях). Информация о них была предоставлена в 29 государствах-членах и отражала всевозможные темы общественного здравоохранения, поднимаемые на протяжении нескольких последних десятилетий. Как и в международной литературе, посвященной показателям здоровья населения, прослеживается постепенный переход от показателей смертности к показателям заболеваемости и качества жизни (сдвиг с измерения исходов, связанных со смертью и болезнями, к измерению показателей инвалидности и чувства дискомфорта, в последнее время



получивших название «показатели клинического опыта» и «показатели исходов» по оценке самих пациентов). В изученных наборах показателей было довольно мало индикаторов неравенства в отношении здоровья и благополучия.

2.3.12 Отзывчивость

Только в семи государствах-членах предоставлялись отчеты, в которых непосредственно охватывались вопросы отзывчивости систем здравоохранения и использовалось небольшое число показателей на системном уровне. Однако некоторые показатели, выделенные в сферах оценки предоставления услуг и качества, также могут отражать степень отзывчивости конкретных служб здравоохранения.

2.3.13 Социальная защита и защита от финансовых рисков

В десяти государствах-членах сообщались данные по показателям из сферы оценки социальной защиты и защиты от финансовых рисков. Однако это был небольшой набор показателей, касающихся оценки объемов оплаты услуг из собственных средств пациентов.

2.3.14 Повышение эффективности

Несмотря на проводимую широкомасштабную научную работу по сбору данных в этой сфере (31), показателей эффективности работы системы здравоохранения по-прежнему мало. Согласно проанализированным докладам, они измерялись в семи государствах-членах.

3. ОБСУЖДЕНИЕ

3.1 Сильные и слабые стороны обзора

Источники фактических данных для настоящего обзора были найдены в результате тщательного систематического поиска документации об ОЭСЗ в Европейском регионе ВОЗ в Интернете. В идеале каждому государству-члену в Регионе следовало бы послать вопросник, приглашающий его принять участие в обзоре, предоставив документацию о процедурах проведения ОЭСЗ, а также об использовании рамочных основ и конкретных сфер оценки. Без такого опроса вполне вероятно, что используемые государствами-членами доклады, рамочные основы и показатели ОЭСЗ, которые не представлены онлайн, не были учтены в настоящем обзоре. Группа анализа пришла к соглашению, что собранная из «серой» литературы информация больше всего отвечала задачам обзора, но авторы последующих исследований могут также рассмотреть варианты обзора научных баз данных или сбора пакетов данных статистических учреждений или министерств здравоохранения каждого государства-члена. Результаты данного обзора не направлялись в государства-члены для проверки, чтобы не осложнять их работу по представлению и подтверждению данных. Учитывая то, что в группе анализа было всего три члена, при проведении будущих исследований в этой области следует рассмотреть возможность привлечения к работе экспертов из каждого государства-члена, которые могут предоставить больше справочных материалов, изучить рамочные основы ОЭСЗ, проверить списки показателей и подтвердить правильность их классификации. Ввиду того, что государства-члены, возможно, публикуют информацию не обо всех используемых ими параметрах ОЭСЗ, для облегчения дальнейших исследований можно было бы использовать такой формат, при котором государства-члены предоставляли бы полный список показателей ОЭСЗ.

В настоящий обзор вошли исключительно доклады, опубликованные на английском языке. Процесс соотнесения каждого показателя с соответствующей сферой оценки из рамочного документа ВОЗ не был предельно точным. Если один показатель мог относиться к нескольким сферам оценки, то последние отмечались и анализировались в более широком контексте документа об ОЭСЗ данного государства-члена, в частности, по заголовку раздела, в котором упоминался данный показатель. Благодаря этому можно было понять, относится ли показатель к какой-



либо определенной теме или сфере в рамках доклада. Тем не менее задача соотнесения каждого индикатора со сферами, представленными в рамочном документе ВОЗ, показала ограничительный характер как самого документа, так и концептуальной организации 14 сфер оценки. Учитывая то, что показатели не всегда относятся только к одной сфере оценки, в последующих исследованиях также можно изучить случаи совпадения показателей и сфер ОЭСЗ и определить способы учета таких неисключительных и динамических характеристик систем ОЭСЗ при помощи будущих механизмов и методов ОЭСЗ.

Более того, в государствах-членах использовались разные определения терминов и публиковались данные о многочисленных смежных показателях; например, коэффициенты выживаемости в разных возрастах и показатели стадий заболеваний можно рассматривать как один показатель с разбивкой на подпоказатели или можно учитывать как несколько отдельных показателей. Необходимо проводить дальнейшую международную стандартизацию общих показателей при поддержке международных организаций, в частности, ВОЗ и ОЭСР, чтобы повысить возможности для проведения сравнения систем здравоохранения в разных странах. Ввиду присутствия определенной степени субъективности при публикации/классификации показателей, трудно представить эти данные в абсолютном количественном выражении, учитывая большое разнообразие используемых в разных государствах-членах показателей. Тем не менее оценка и классификация показателей ОЭСЗ, согласно рамочному документу ВОЗ, дает возможность по-другому взглянуть на сферы оценки здоровья, измеряемые государствами-членами, а также на сферы, по которым анализ проводится в недостаточном объеме.

К основным сильным сторонам настоящего обзора относится проведение систематического поиска документации об ОЭСЗ во всех 53 государствах-членах Европейского региона ВОЗ, хотя авторы могли тщательно изучить только доклады, опубликованные на английском языке. Они подвергались глубокому анализу и включались в каталог. Ввиду того, что государства-члены, особенно страны с хорошо развитыми системами ОЭСЗ, могли использовать различные механизмы ОЭСЗ, при проведении последующих исследований также можно проводить сравнения того, как эти механизмы меняются с годами и изучить степень их надежности. Учитывая эти ограничительные факторы, авторы настоящего доклада не преследовали цель изучения различий между докладами об ОЭСЗ и рамочной основой ВОЗ. Тем не менее они попытались собрать исходные данные об определении

понятия ОЭСЗ, ее целях, сферах и показателях в соответствии с описанием, используемым в каждом государстве-члене, и свести их воедино при помощи рамочной основы ВОЗ. Результаты анализа могут послужить важным руководством для дальнейших исследований, направленных на предоставление дополнительной информации о состоянии дел в области проведения ОЭСЗ в Европе.

3.2 Классификация показателей ОЭСЗ в соответствии со сферами оценки рамочной основы ВОЗ

Необходимо отметить, что рамочный документ ВОЗ 2007 г. представляет собой рамочную основу системы здравоохранения и не предназначен непосредственно для проведения оценки ее эффективности. Тем не менее в нем содержится много важных элементов, необходимых для обеспечения эффективности работы системы. Он оформлен в четком соответствии модели «вводимые ресурсы-производительность-результаты-общая польза». Однако способы организации элементов могут негативно влиять на его эффективность и затруднять интерпретацию. Например, сферы доступа и охвата услугами взаимодополняемы, и от доли населения, имеющего доступ к услугам здравоохранения, будет зависеть уровень охвата этими услугами. Социальная защита и защита от финансовых рисков также являются неотъемлемой частью этих сфер, т.к. в их рамках определяются размеры предоплаты, которую должен внести пациент за услуги. Все эти сферы зависят от исходных структурных элементов финансирования, а также от степени предоставления всеобщего охвата услугами здравоохранения государством. Показатели сферы охвата услугами указывают на необходимость в уточнении концепции оценки систем здравоохранения для устранения частичного концептуального совпадения между сферами оценки финансирования, доступа, охвата, эффективности и справедливости. Поэтому классификация показателей ОЭСЗ, опубликованных государствами-членами, в соответствии со сферами оценки рамочной основы ВОЗ не может претендовать на абсолютную точность. При проведении классификации показателей в рамках настоящего доклада была использована дополнительная информация, такая как заголовки глав/разделов и контекст употребления для того, чтобы правильно распределить показатели, которые могли относиться сразу к нескольким сферам оценки.



3.3 Размышления о рамочных основах, сферах оценки и показателях

3.3.1 Рамочные основы ОЭСЗ

В результате анализа рамочных основ, используемых государствами-членами для проведения ОЭСЗ, проявились общие темы и концепции, берущие начало в первых публикациях ВОЗ на эту тему. В самом деле, ВОЗ активно помогает государствам-членам в создании механизмов ОЭСЗ и ее проведении. Многие рамочные основы включали большинство составляющих ОЭСЗ элементов, однако некоторые ключевые элементы были пропущены. Например, в совсем немногих рамочных документах четко говорилось о детерминантах здоровья, не относящихся к системе здравоохранения, или признавалось, что система здравоохранения сама по себе не гарантирует достижение оптимального состояния здоровья, но помогает людям в его достижении. Активное привлечение граждан к деятельности по укреплению своего собственного здоровья, а также расширение их прав и возможностей в этой сфере является одним из основных компонентов новейших стратегий ВОЗ. Однако в проанализированных в рамках настоящего доклада документах эта тема затрагивалась вскользь, хотя самые последние из них были опубликованы в 2015 г. Использование рамочных основ, не учитывающих этого, может привести к ложному предположению, что одно лишь создание структурных элементов и промежуточных звеньев (таких как всеобщий доступ) может гарантировать достижение положительных результатов. Хотя в большинстве проанализированных докладов и рамочных основ ставятся общие цели и задачи, главная задача и функция ОЭСЗ не всегда ясны, особенно в том, что касается установления связи между эффективностью работы отдельных служб и всей системы как единого целого. Поэтому более четкое разграничение между эффективностью всей деятельности по охране и укреплению здоровья населения и эффективностью работы системы здравоохранения облегчило бы использование подходящих для этих целей рамочных основ и показателей.

3.3.2 Показатели ОЭСЗ

Наиболее часто используемые показатели, найденные в результате обзора, были классические показатели состояния здоровья населения и исходов заболеваний, но они в основном касались оценки уровня смертности и заболеваемости, и их еще предстоит расширить для охвата концепций инвалидности или дискомфорта. В этом плане важно учитывать результаты

лечения по оценке самих пациентов, чтобы помимо показателей смертности также попытаться понять различные градации исходов, актуальные для пациентов.

Одной из проблем, с которой столкнулись авторы доклада при изучении показателей, было большое разнообразие применения определенных сфер оценки и показателей в разных государствах-членах. И хотя целый ряд показателей, используемых в таких сферах, как укрепление здоровья, кадровые ресурсы, финансирование, качество и безопасность, измерялись более или менее одинаково во всех государствах-членах, многие другие показатели определялись менее четко. Необходимо прилагать усилия по дальнейшей стандартизации показателей, чтобы упростить сравнение ОЭСЗ разных государств-членов и процесс установления исходных показателей. Основной набор показателей, которые могут помочь в оценке укрепления информационных систем здравоохранения в рамках ОЭСЗ, возможно, уже упорядочен (напр., показатели, представленные в методическом пособии Европейского регионального бюро ВОЗ по поддержке государств-членов в процессе анализа их национальных информационных систем здравоохранения, а также разработки и укрепления национальных стратегий информации здравоохранения (12)).

Учитывая то, что в последнее время уделяется повышенное внимание вопросам обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения, представляется желательным обеспечение концептуальной и операционной четкости соответствующих сфер оценки и показателей. Выделенные в настоящем докладе показатели указывают на неоднозначность различных сфер оценки рамочного документа ВОЗ. На примере таких сфер как качество и предоставление услуг с их многочисленными показателями, а также сферы оценки финансирования, где наблюдается частичное концептуальное совпадение и нечеткое разграничение между областью финансирования, охвата услугами, социальной защиты и защиты от финансовых рисков, можно проследить, как размытые границы между сферами оценки затрудняют оценку систем здравоохранения как внутри одной страны, так и между разными странами.

В сферах оценки качества и предоставления услуг отсутствуют четкие границы между показателями, отражающими эффективность работы отдельных служб здравоохранения и результаты работы всей системы здравоохранения. Это подчеркивает необходимость провести более четкое



разграничение между оценкой эффективности работы отдельных служб здравоохранения и всей системы как единого целого. Аналогично, похоже, что существует некоторая степень неясности относительно того, является ли ориентированное на пациентов обслуживание компонентом определения качества отдельных услуг здравоохранения или характеристикой отзывчивости всей системы в целом.

В сферу оценки финансирования должны входить в основном показатели об имеющихся ресурсах, с одной стороны, и о фактическом освоении средств (ресурсы и затраты), с другой стороны. Однако многие показатели, связанные со сферой оценки охвата услугами и эффективности, особенно на уровне отдельных служб, также входят в сферу оценки финансирования и связаны с конкретными формами механизмов оплаты и возмещения убытков. Показатели, отражающие степень уклонения от обращения за помощью пациентами из-за связанного с этим финансового бремени, также можно отнести к этой сфере. Найденные в результате настоящего обзора показатели (относительно выплат из собственных средств пациентов и совместной оплаты) не помогают прояснить, каким образом информация о расходах и затратах, а также о механизмах выплаты и возмещения убытков связана со сферами оценки доступа и охвата услугами.

К двум другим особенно важным для системы здравоохранения сферам относятся сфера оценки эффективности и безопасности услуг. Оценка эффективности на практике легче осуществлять при помощи таких характеристик предоставления услуг, как время ожидания, напрасная трата ресурсов (невыполнение рекомендаций) и замена лечебных заведений (замена больницы учреждением первичной врачебной медико-санитарной помощи) или специалистов (врача сестринским персоналом). С точки зрения системы здравоохранения, соотношение между объемами инвестирования в самом секторе здравоохранения и инвестирования любой другой деятельности, направленной на укрепление здоровья населения, представляется существенно важным, т.к. здравоохранение является лишь одной из детерминант здоровья; но пока это различие не четко проводится в рамках ОЭСЗ.

Представляется желательным разработать концепцию безопасности, эффективности и ориентированности на пациента услуг в рамках единой сферы оценки качества (как это делается в рамочной основе системы здравоохранения ОЭСР и в нескольких других докладах ВОЗ).

Тема обеспечения безопасности услуг имеет важное значение в ВОЗ, однако отделить связанные с безопасностью показатели от показателей качества достаточно трудно.

3.3.3 Перспектива на будущее

Результаты настоящего доклада указывают на то, что ССЗ широко используется в качестве международного стандарта в вопросах финансирования, но было бы желательно обеспечить большую концептуальную определенность связи финансовых ресурсов и производительности при помощи механизмов охвата и оплаты, тем самым содействуя повышению общей эффективности и справедливости системы здравоохранения как единого целого.

В рамках международных и региональных механизмов оценки эффективности работы системы здравоохранения, таких как ССЗ, ЕСНІ, совместного проекта ВОЗ/ОЭСР/Евростата по сбору данных относительно неденежных показателей, а также проекта HCQI и серии докладов Health at a glance ОЭСР, предоставляются платформы и форумы для аргументированного сравнения систем здравоохранения на региональном и субрегиональном уровнях.

Однако установка целевых показателей и эталонов сравнения на субнациональном уровне требует более тесной интеграции информационных систем здравоохранения, что зависит от политических усилий и согласия всех государств-членов (63). В качестве примера можно привести основы европейской политики здравоохранения Здоровье-2020, в рамках которой все 53 государства-члена Европейского региона согласовали целый ряд региональных целевых показателей (6). Ввиду того, что в этом рамочном документе рассматриваются факторы не только из области эффективности работы системы здравоохранения, но и из области социальных детерминант здоровья и субъективного восприятия благополучия, в нем содержится лишь небольшое число показателей, актуальных для ОЭСЗ. Такие показатели, например, по охвату услугами вакцинации, стандартизированы во всех государствах-членах, благодаря чему облегчается постановка целей и проведение сравнений в этой области.

Аналогично, все государства-члены Европейского региона ВОЗ утвердили Цели в области устойчивого развития, и в настоящее время ведется работа по созданию совместной системы мониторинга для сбора, анализа и сообщения



данных относительно показателей достижения этих целей в соответствии с существующими рамочными документами, в том числе с политикой Здоровье-2020 (6) и Глобальным планом действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013-2020 гг. (64).

Существует ряд мер, которые можно было бы использовать для укрепления связи между ОЭСЗ, стратегическим руководством системы здравоохранения и национальными информационными системами здравоохранения:

- обеспечение связи между деятельностью по оценке и улучшению работы системы здравоохранения с измерением эффективности работы на профессиональном, институциональном, местном и региональном уровнях;
- обеспечение связи между измерением эффективности работы и деятельностью по укреплению и интеграции (национальных) информационных систем здравоохранения и инфраструктуры, тем самым оптимизируя стратегическое руководство и процессы принятия решений на основе фактических данных;
- использование имеющихся инструментов поддержки, в частности, предоставляемых Европейским региональным бюро ВОЗ, для оценки информационных систем здравоохранения, а также разработки и укрепления информационных стратегий.

3.4 Стратегические выводы

С целью оптимизации процессов проведения ОЭСЗ государства-члены могут рассмотреть следующие варианты политики относительно показателей и сфер ОЭСЗ, разработанные на основе настоящего обзора:

- ввиду того, что некоторые показатели могут использоваться в разных сферах оценки (напр., в области финансирования, охвата услугами, социальной защиты и защиты от финансовых рисков), более четкое представление круга вопросов и функций каждой сферы оценки могло бы содействовать более четкому распределению показателей;
- можно было бы расширить область применения имеющихся финансовых показателей для рассмотрения вопросов из таких сфер, как доступ, охват и повышение качества услуг;
- в рамках механизмов, сфер и показателей ОЭСЗ можно было бы разработать четкую концепцию эффективности предоставления

услуг здравоохранения относительно общей эффективности работы системы здравоохранения как единого целого;

- для оценки промежуточных сфер доступа, охвата, качества и безопасности услуг необходимо наличие достаточного числа подходящих показателей для описания того, как повышение эффективности вводимых ресурсов и результатов оказания услуг приводит к общей пользе на промежуточных стадиях;
- вопросы безопасности можно было бы отнести к сфере оценки качества;
- оценку итоговых результатов можно расширить с показателей смертности до показателей качества жизни и благополучия (т.е. результаты лечения по оценке пациентов);
- сферу оценки отзывчивости можно было бы представить более комплексным/стандартизированным образом и связать ее с необходимостью проведения стратегий по привлечению к этой работе граждан и расширению их прав и возможностей.



4. ВЫВОДЫ

В области проведения ОЭСЗ с момента ее введения ВОЗ в начале 2000-х г. наблюдается значительный прогресс, но не во всех странах Европейского региона. ОЭСЗ играет важную роль и представляет большую ценность для процессов укрепления национальных систем здравоохранения и выработки политики на уровне отдельных стран. Одним из главных принципов ОЭСЗ является проведение сравнений систем здравоохранения разных стран, но это возможно только при условии, что показатели концептуально представлены и зарегистрированы в стандартной форме, а также созданы информационные системы здравоохранения для сбора необходимых данных. В Европейском регионе ВОЗ были достигнуты большие успехи как в области осуществления стратегий ВОЗ, в частности политики Здоровье-2020, так и в области проведения совместных программ с международными партнерами, такими как ОЭСР и ЕС, с целью наращивания потенциала, оптимизации процессов отчетности и разработки важных показателей, поддающихся сравнению в разных системах здравоохранения. Рамочные основы и показатели, по которым предоставляют информацию государства-члены, нуждаются в дальнейшей доработке в том, что касается сферы применения, функций и концептуальной верности. Помимо этого, следует стремиться к дальнейшей стандартизации общих наборов показателей. Непрерывная работа ВОЗ по предоставлению технической поддержки и созданию возможностей для налаживания межстранового сотрудничества, несомненно, принесет пользу всем государствам-членам.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Global health expenditure database. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS>, accessed 2 January 2018).
2. Практический опыт проведения оценки деятельности систем здравоохранения. Многолетний процесс в Европейском регионе. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2012 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/168876/Case-studies-for-HSPA-RUS.pdf, по состоянию на 20 сентября 2018 г.).
3. Tello J, Baez-Camargo C, editors. Повышение подотчетности систем здравоохранения: многострановое исследование в Европейском регионе ВОЗ Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 г. (<http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/strengthening-health-system-accountability-a-who-european-region-multi-country-study-2015>, по состоянию на 20 сентября 2018 г.).
4. Таллиннская хартия: Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2008 г. (<http://www.euro.who.int/ru/publications/policy-documents/tallinn-charter-health-systems-for-health-and-wealth>, по состоянию на 20 сентября 2018 г.).
5. Резолюция Европейского регионального комитета ВОЗ EUR/RC65/13 «Приоритетные задачи в области укрепления систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ на 2015–2020 гг. Ориентация на нужды людей: от слов к делу». Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 г. (<http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/65th-session/documentation/working-documents/eurrc6513-priorities-for-health-systems-strengthening-in-the-who-european-region-20152020-walking-the-talk-on-people-centredness>, по состоянию на 5 октября 2018 г.).
6. Здоровье-2020 – основы европейской политики и стратегия для XXI века. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 г. (<http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/health-2020-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century-2013>, по состоянию на 22 сентября 2018 г.).
7. Sustainable Development Goals. In: Health topics [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/sustainable-development-goals>, accessed 11 January 2018).
8. Резолюция Европейского регионального комитета ВОЗ EUR/RC66/R12 «План действий в поддержку использования фактических данных, информации и научных исследований при выработке политики в Европейском регионе ВОЗ». Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/314727/66wd12e_EIPActionPlan_160528.pdf?ua=1, по состоянию на 22 сентября 2018 г.).

9. Европейская инициатива в области информации здравоохранения (ЕИИЗ). В разделе: Информация и фактические данные веб-сайта ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2018 г. (<http://www.euro.who.int/ru/data-and-evidence/european-health-information-initiative-ehii>, по состоянию на 20 сентября 2018 г.).
10. First meeting of focal points of the Small Countries Health Information Network (SCHIN). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016.
11. Сеть по вопросам использования данных научных исследований при формировании политики. В разделе: Информация и фактические данные веб-сайта ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2018 г. (<http://www.euro.who.int/ru/data-and-evidence/evidence-informed-policy-making>, по состоянию на 20 сентября 2018 г.).
12. Методическое пособие для оценки информационных систем и разработки и укрепления стратегий информации здравоохранения. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 г. (<http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/support-tool-to-assess-health-information-systems-and-develop-and-strengthen-health-information-strategies>, по состоянию на 20 сентября 2018 г.).
13. Health system performance assessment: expert workshop, Copenhagen, Denmark, 12–13 April 2016. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/318643/HSPA-workshop-report.pdf, accessed 2 January 2018).
14. Pathways to health system performance assessment: a manual to conducting health system performance assessment at national or subnational level. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/169412/e96512-Eng.pdf?ua=1, accessed 11 January 2018).
15. Murray CJL, Frenk J. A WHO framework for health system performance assessment. Geneva: World Health Organization; 1999 (<https://pdfs.semanticscholar.org/9a9c/3257fcffff670c40a2b9868c201742a30b4a.pdf>, accessed 2 January 2018).
16. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г. Системы здравоохранения: улучшение деятельности. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2000 г. (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89116/WHR_2000_rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y, по состоянию на 12 октября 2018 г.).
17. Murray CJL, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems, Bull World Health Organ. 2000;78(6):717–30.
18. Papanicolas I, Smith PC. Health system performance comparison: an agenda for policy, information and research. Maidenhead: Open University Press; 2013 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/244836/Health-System-Performance-Comparison.pdf, accessed 2 January 2018).
19. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA. 1988;260(12):1743–8.

20. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization; 2007 (http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf, accessed 2 January 2018).
21. Carinci F, Van Gool K, Mainz J, Veillard J, Pichora EC, Januel JM et al. Towards actionable international comparisons of health system performance: expert revision of the OECD framework and quality indicators. *Int J Qual Health Care*. 2015;27(Suppl 2):137–46.
22. Health at a glance 2017: OECD indicators. Paris: OECD Publishing; 2017.
23. Arah OA, Westert GP, Hurst J, Klazinga NS. A conceptual framework for the OECD health care quality indicators project. *Int J Qual Health Care*. 2006;18(Suppl 1):5–13.
24. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Government of Canada; 1974 (<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>, accessed 2 January 2018).
25. Hurtado MP, Swift EK, Corrigan JM, editors. Envisioning the national healthcare quality report: designing the national healthcare quality report. Washington (DC): National Academy Press for the Institute of Medicine Committee on the National Quality Report on Health Care; 2001 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK223318/>, accessed 2 January 2018).
26. Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. Working together, working better: a new framework for the open coordination of social protection and inclusion policies in the European Union. Brussels: Commission of the European Communities; 2005 (COM (2005) 706 final).
27. Eurostat [website]. Brussels: European Commission; 2018 (<http://ec.europa.eu/eurostat>, accessed 2 January 2018).
28. European Core Health Indicators [website]. Brussels: Directorate-General for Health and Food Safety; 2018 (https://ec.europa.eu/health/indicators/echi_en, accessed 2 January 2018).
29. Expert Group on Health Information [website]. Brussels: Directorate-General for Health and Food Safety; 2018 (https://ec.europa.eu/health/indicators/expert_group_on_health_information_en, accessed 2 January 2018).
30. Expert Group on Health Systems Performance Assessment [website]. Brussels: Directorate-General for Health and Food Safety; 2018 (https://ec.europa.eu/health/systems_performance_assessment/policy/expert_group_en, accessed 2 January 2018).
31. Towards a joint assessment framework in the area of health. Work in progress: 2014 update. Brussels: Social Protection Committee; 2015.
32. Jacobs R, Smith PC, Street A. Measuring efficiency in health care. Cambridge: Cambridge University Press; 2016.

33. Van Doorslaer E, van Ourti T. Measurement of inequality and inequity in health and health care. Ha: Glied S, Smith PC, editors. Oxford handbook of health economics. Oxford: Oxford University Press; 2011:837–69.
34. International Bank for Reconstruction and Development project appraisal document on a proposed loan in the amount of euro 32.1 million (US\$ 40.0 million equivalent) to the Republic of Albania for a health system improvement project. Washington (DC): World Bank Human Development Sector Unit, Southeast Europe Department, Europe and Central Asia Region; 2015 (<http://documents.worldbank.org/curated/en/822301468009009546/pdf/PAD10580PADoP1010Box385412BooOUO090.pdf>, accessed 14 January 2018).
35. Armenia health system performance assessment 2009. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2009 (http://www.un.am/up/library/Armenia%20Health%20System%20Performance%20Assessment_eng.pdf, accessed 14 January 2018).
36. Azerbaijan health sector review. Vol. 1: main report. Washington (DC): World Bank; 2005 (http://siteresources.worldbank.org/INTAZERBAIJAN/Resources/HealthSectorNote_Vol.1.pdf, accessed 14 January 2018).
37. Improving health and health care in Belarus: Belarus health policy note. Washington (DC): World Bank; 2015 (<http://hdl.handle.net/10986/15419>, accessed 14 January 2018).
38. Vrijens F, Renard P, Jonckheer K, van den Heede A, Desomer C, van de Voorde C et al. Performance of the Belgian health system report 2012: synthesis. Brussels: Belgium Health Care Knowledge Centre; 2013 (KCE Report 196CS; https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_196C_Health_system_performance_Synthesis_o.pdf, accessed 14 January 2018).
39. Plan for health care development in the Federation of Bosnia and Herzegovina between 2008 and 2018. Sarajevo: Federal Ministry of Health; 2008 (http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Bosnia%20and%20Herzegovina/bosnia_herzegovina_strategic_plan_for_health_care_development_2008-2018.pdf, accessed 14 January 2018).
40. National health care strategy 2012–2020: abridged version. Zagreb: Ministry of Health of the Republic of Croatia; 2012 (<https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/dokumenti/Programi.%20projekti%20i%20strategije/National%20Health%20Care%20Strategy%202012-2020.pdf>, accessed 14 January 2018).
41. Colombo F. Denmark: raising standards. Copenhagen: OECD Publishing; 2013 (OECD Reviews of Health Care Quality; http://www.sum.dk/Sundhedsprofessionelle/Sundhedsdataprogrammet/-/media/Filer%20-%20dokumenter/Sundhedsdataprogrammet/OECD%20Denmark%20quality%20review_30%20April%202013.ashx, accessed 14 January 2018).
42. Teperi J, Porter ME, Vuorenkoski L, Baron J. The Finnish health care system: a value-based perspective. Helsinki: Sitra; 2009 (http://www.hbs.edu/faculty/Publication%20Files/Finnish_Health_Care_System_SITRA2009_78584c8b-10c4-4206-9f9a-441bf8be1a2c.pdf, accessed 14 January 2018).

43. Georgia health system performance assessment. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2009 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0012/43311/E92960.pdf, accessed 14 January 2018).
44. Obermann K, Müller P, Müller H-H, Schmidt B, Glazinski B, editors. Understanding the German health care system. Heidelberg: Mannheim Institute of Public Health, Social and Preventive Medicine; 2013 (https://www.goinginternational.eu/newsletter/2013/nl_03/SpecialDE_EN_Understanding_the_German.pdf, accessed 14 January 2018).
45. Tamás E, Szigeti S, Gaál P, Pusztai Z. Strengthening health system performance assessment in Hungary: analysis and recommendations. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/294882/Strengthening-HSPA-Hungary-Analysis-Recommendations.pdf, accessed 14 January 2018).
46. The Icelandic national health plan to the year 2010. Reykjavik: Ministry of Health and Social Security; 2004 (<https://eng.velferdarraduneyti.is/reports/nr/20406>, accessed 14 January 2018).
47. Healthy Ireland: a framework for improved health and wellbeing 2013–2025. Dublin: Department of Health; 2013 (<http://health.gov.ie/wp-content/uploads/2014/03/HealthyIrelandBrochureWA2.pdf>, accessed 14 January 2018).
48. Public health strategy for 2011–2017. Riga: Cabinet of Ministers; 2011 (http://www.who.int/fctc/reporting/party_reports/latvia_annex2_public_health_strategy_2011_2017.pdf, accessed 14 January 2018).
49. Kenneth G, Podesta M, Calleja A, Calleja N. Report on the performance of the Maltese health system 2015. Valletta: Ministry for Energy and Health; 2015 (<https://health.gov.mt/en/dhir/Documents/HSPA%20-%20Malta%20Report%20-%20Final%20050416.pdf>, accessed 14 January 2018).
50. Turcanu G, Domete S, Buga M, Richardson E. Republic of Moldova: health system review. Health Syst Transit. 2012;14(7):1–151.
51. Strategy for health care development in Montenegro. Podgorica: Ministry of Health of the Republic of Montenegro; 2003.
52. van den Berg M J, de Boer D, Gijzen R, Heijink R, Limburg LCN, Zwakhals SLN. Dutch health care performance report 2014. Bilthoven: National Institute for Public Health and the Environment; 2015 (<http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2015-0050.pdf>, accessed 14 January 2018).
53. National health programme for the years 2007–2015: annex to the Resolution of the Council of Ministers No 90/2007 of 15 May 2007. Warsaw: Council of Ministers; 2007.
54. National Health Plan 2012–2016. 6. Health indicators and targets. Lisbon: Ministry of Health; 2013 (<http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2013/12/vresumo-eng.pdf>, accessed 14 January 2018).

- 
55. OECD reviews of health systems: Russian Federation. Paris: OECD Publishing; 2012 (<http://dx.doi.org/10.1787/9789264168091-en>, accessed 14 January 2018).
 56. Quality and efficiency in Swedish health care: regional comparisons 2012. Stockholm: Swedish Association of Local Authorities and Regions and the Swedish National Board of Health and Welfare; 2013 (<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19072/2013-5-7.pdf>, accessed 14 January 2018).
 57. OECD reviews of health systems: Switzerland 2011. Paris: OECD Publishing for Organisation for Co-operation and Development and the World Health Organization; 2011 (<http://www.oecd.org/els/health-systems/oecdreviewsofhealthsystems-switzerland.htm>, accessed 14 January 2018).
 58. National health strategy of the Republic of Tajikistan 2010–2020: revised indicators package monitoring and evaluation matrix within the framework of the national health strategy of the Republic of Tajikistan 2010–2020. Tajikistan: Ministry of Health of the Republic of Tajikistan; 2013.
 59. Health strategy of the Republic of Macedonia, 2020: safe, efficient and just health care system. Skopje: Ministry of Health; 2007 (http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning_cycle_repository/the_former_yugoslav_republic_of_macedonia/health_strategy_2020_eng.pdf, accessed 14 January 2018).
 60. Turkey health system performance assessment 2011. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (<https://dosyab.saglik.gov.tr/Eklenti/2105,turkeyhealthsystem2011pdf.pdf>, accessed 14 January 2018).
 61. Healthcare across the UK: a comparison of the NHS in England, Scotland, Wales and Northern Ireland. London: National Audit Office; 2012 (<https://www.nao.org.uk/report/healthcare-across-the-uk-a-comparison-of-the-nhs-in-england-scotland-wales-and-northern-ireland/>, accessed 14 January 2018).
 62. Strengthening health information infrastructure for health care quality governance: good practices, new opportunities and data privacy protection challenges. Paris: OECD Publishing; 2013 (OECD Health Policy Studies; http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/strengthening-health-information-infrastructure-for-health-care-quality-governance_9789264193505-en#W143hKh19Aq, accessed 2 January 2018).
 63. Michelsen K, Brand H, Achterberg PW, Wilkinson JR. Меры по интеграции систем информации здравоохранения: передовой опыт и трудности. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 г. (Сводный доклад Сети фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ)).
 64. Глобальный план действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013–2020 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 г. (<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/ru/>, по состоянию на 22 сентября 2018 г.).

ПРИЛОЖЕНИЕ 1. СТРАТЕГИЯ ПОИСКА

Настоящее исследование было разделено на две стадии: (i) описательная оценка с целью проведения обзора публикаций, посвященных ОЭСЗ, и количественного выражения используемых в государствах-членах показателей и сфер оценки; (ii) исследовательская оценка с целью контекстуализации применения существующих показателей и сфер ОЭСЗ.

Отбор исследований и извлечение данных

Поиск проводился по каждому из 53 государств-членов Европейского региона ВОЗ. Доклады о ОЭСЗ, перечисляемые в исследовании отчетности (1), использовались в качестве основного источника информации для настоящего обзора, хотя в процессе поиска рассматривались все находящиеся в открытом доступе онлайн-ресурсы министерств здравоохранения, национальных управлений здравоохранения, национальных медицинских институтов или учреждений, других государственных структур, а также международных организаций и образований, таких как ЕС, ОЭСР, ВОЗ и Всемирный банк. Кроме того, поиск проводился в научных базах данных, таких как CINAHL [Пополняемый указатель литературы по сестринскому делу и смежным медицинским специальностям], PsycINFO и PubMed, но найденные в этих базах данных статьи служили лишь в качестве ориентира для анализа. Авторы пришли к выводу, что собранная из «серой» литературы информация более соответствовала целям обзора.

Хотя предпочтение отдавалось документам, содержащим ОЭСЗ в заголовке, другие документы систем здравоохранения также включались в обзор, т.к. в них могли отражаться перспективные планы разработки показателей ОЭСЗ для потенциального использования или приоритизации государствами-членами. В процессе отбора также учитывалась вероятность того, что не во всех заголовках докладов, относящихся к ОЭСЗ, использовалась одинаковая терминология. При отборе материалов для полного прочтения предпочтение отдавалось докладом, в заголовках которых использовались следующие ключевые термины:

- оценка эффективности работы системы здравоохранения

- 
- национальные стратегические доклады о системе здравоохранения или национальные целевые показатели здравоохранения
 - обзор системы здравоохранения.

По каждому из 53 государств-членов были выделены доклады, отвечающие следующим критериям (2):

- опубликованы в период между 2002 и 2015 гг.;
- содержат используемые государствами-членами показатели ОЭСЗ;
- работа по их подготовке возглавлялась или осуществлялась в сотрудничестве с государствами-членами;
- основаны на четком наборе количественных показателей или показателей эффективности работы и включают аналитические инструменты;
- являются комплексными и сбалансированными с точки зрения сферы охвата и освещают всю систему здравоохранения, а не отдельные программы, задачи и уровни помощи или заболевания.

Только новейшие документы государств-членов были оставлены для анализа: группа анализа согласилась, что было более целесообразно изучать новейшие документы, т. к. в них с большей вероятностью могло отражаться текущее состояние дел в области ОЭСЗ, несмотря на то что предыдущие доклады могли быть более полными или в них могли использоваться более точные показатели.

В каждом из 53 государств-членов был опубликован доклад относительно систем здравоохранения или эффективности их работы, но только в 30 из них эти доклады были на английском языке, поэтому данные о показателях извлекались именно из этой окончательной подборки, состоящей из 30 докладов.

Извлечение данных о показателях

В каждом проанализированном докладе об ОЭСЗ регистрировалось любое упоминание какого-либо показателя ОЭСЗ и заголовков раздела, в котором он используется, а также проводилось соотнесение показателей с 14 сферами оценки из рамочной основы ВОЗ. Отмечалось также любое графическое представление рамочной основы ОЭСЗ государствами-членами в своих публикациях. Один из авторов проводил первоначальное извлечение и

классификацию показателей в соответствии со сферами оценки. Второй автор проводил обзор кодирования, а третий автор разрешал любые несогласия.

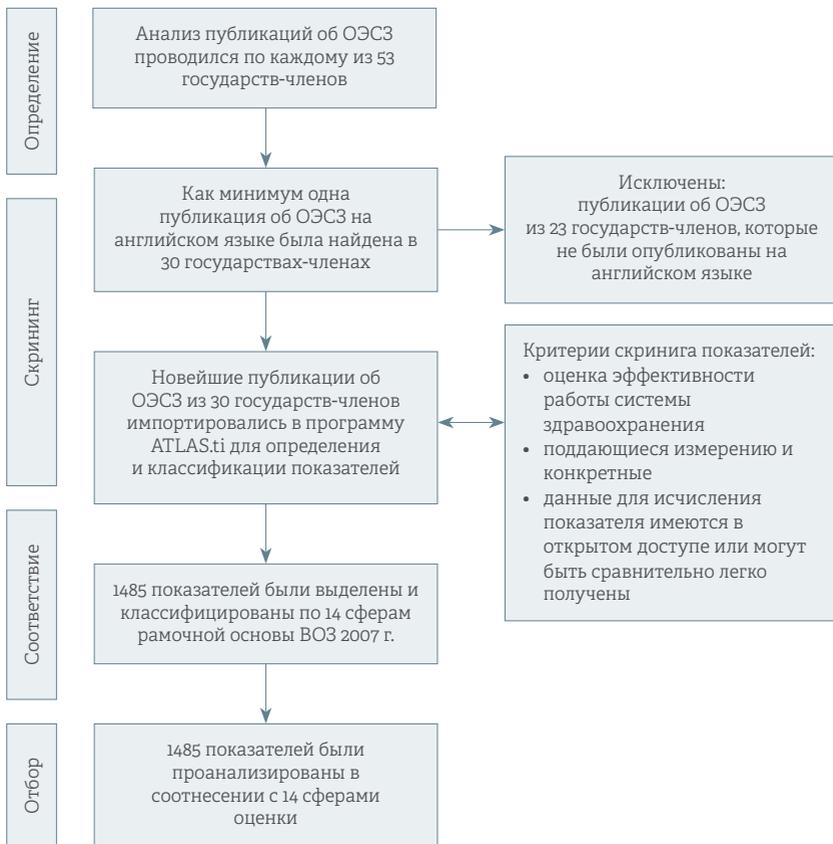
В некоторых случаях показатели можно было отнести к двум или более сферам оценки ВОЗ, т. к. показатели и сферы оценки не являются взаимоисключающими. Однако при окончательной классификации каждого показателя авторы ограничивались первичной сферой оценки, наиболее подходящей к заголовку доклада, главы или раздела исходного документа об ОЭСЗ. Так, показатели, относящиеся к фармацевтическим расходам можно было отнести к сферам оценки медицинских товаров, финансирования здравоохранения или эффективности услуг. В таких случаях использовалась дополнительная контекстуальная информация из исходного документа, чтобы правильно соотнести показатель с подходящей сферой оценки в соответствии с намерениями авторов исходного документа. Ввиду того, что ОЭСЗ – это осуществляемый отдельной страной процесс с участием широкого ряда заинтересованных сторон, зародившийся и развившийся на местном уровне (2), использование тематического распределения показателей в исходном документе должно отражать видение этого показателя в государстве-члене, проводящем оценку. Пользуясь тем же примером, фармацевтические расходы относились к сфере оценки медицинских товаров, если заголовок исходного документа, в котором упоминался этот показатель, относился к области медицины, а не финансирования.

Для поиска и классификации показателей в соответствии с 14 сферами рамочной основы ВОЗ использовалась программа ATLAS.ti (версия 8.0.41.0). Критерии, при помощи которых проводился отбор показателей, включали:

- показатель помогал провести оценку эффективности работы систем здравоохранения или достигнутых успехов в этой области;
- показатель поддавался измерению и был конкретным;
- данные для исчисления показателя имелись в открытом доступе или могли быть сравнительно легко получены.

В целом было собрано 1485 показателей из 30 проанализированных документов (рис. А1).

Рис. А1. Отбор исходных документов и показателей



Библиография

1. Tello J, Baez-Camargo C, editors. Повышение подотчетности систем здравоохранения: многострановое исследование в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/381783/strengthening-health-system-rus.pdf, по состоянию на 20 сентября 2018 г.).
2. Pathways to health system performance assessment: a manual to conducting health system performance assessment at national or subnational level. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/169412/e96512-Eng.pdf?ua=1, accessed 11 January 2018).

Всемирная организация здравоохранения

Европейское региональное бюро

UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Тел.: +45 45 33 70 00

Факс: +45 45 33 70 01

Адрес эл. почты: eurocontact@who.int

Веб-сайт: www.euro.who.int

ISBN 9789289053709



9 789289 053709 >