EUR/ICP/CARE 95 05/MT02
10475
ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ

СОВЕЩАНИЕ ВОЗ И ИНСТИТУТА ИЗУЧЕНИЯ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ИИСЗ) ПО ОЦЕНКЕ ПРОДУКТИВНОСТИ ПРАКТИЧЕСКОЙ И ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ И КАЧЕСТВА СЛУЖБ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Отчет о совещании ВОЗ/ИИСЗ

Киль
22–25 ноября 1994 г.

1995 г.

Задача 27 ЗДВ/ЕРБ ВОЗ

РЕЗЮМЕ

На рабочем совещании, организованном Европейским региональным бюро ВОЗ и Институтом изучения систем здравоохранения (ИИСЗ) в Киле (Германия), были рассмотрены концепции продуктивности, эффективности, в том числе экономической, и качества систем здравоохранения в сопоставлении с такими факторами, как здоровье, охрана здоровья, вкладываемые ресурсы и издержки. Для оценки этих параметров было предпринято много попыток, однако до настоящего времени не было разработано сколь-либо удовлетворительной системы проведения такой оценки. С другой стороны, изменения в системе медицинского обслуживания должны находиться под мониторингом, который позволяет определить, были ли достигнуты поставленные цели. В результате обширных обсуждений и групповой работы, включавшей, в частности, упражнения, основанные на принципах моделирования, был сделан вывод о том, что под эгидой Европейского регионального бюро ВОЗ должна быть создана информационная база по службам здравоохранения. Для обеспечения пользователей своевременной и точной информацией необходимо определить небольшой круг соответствующих показателей. Необходим также глоссарий показателей, с тем чтобы все государства-члены могли сообщать свои данные с использованием одних и тех же правил. Основные элементы таких показателей должны включать следующее: состояние здоровья пациентов/граждан и факторы риска заболеваний, финансирование системы здравоохранения, людские и материальные ресурсы, удовлетворение пациентов/граждан и предоставителей медицинских услуг (медицинских работников). Европейское региональное бюро ВОЗ могло бы выполнять функции информационно-аналитического центра по вопросам, относящимся к экономике здравоохранения, заниматься подготовкой руководств по проведению научных исследований по экономической эффективности, разрабатывать стандарты и нормативы для показателей, подготавливать на периодической основе отчеты по странам, акцентировать внимание на характере использования данных, выработать минимальный пакет показателей для оценки систем здравоохранения, а также разработать показатели для оценки профилактических служб здравоохранения и качества медицинского обслуживания.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение

В данном рабочем совещании приняли участие 18 человек из 11 европейских государств-членов (Венгрия, Великобритания, Германия, Кыргызстан, Нидерланды, Польша, Российская Федерация, Швейцария, Швеция, Финляндия, Франция), 1 представитель министерства здравоохранения Германии, 3 сотрудника института изучения систем здравоохранения (ИИСЗ) в Киле, а также 5 сотрудников Европейского регионального бюро ВОЗ.

Совещание было открыто г-ном Ullrich Dietz (советник по административным вопросам в Германском министерстве здравоохранения). Проф. F. Beske был избран Председателем, а д-р В. Чернявский - заместителем председателя совещания. Проф. P. Atteslander и г-н F.-M. Niemann были выбраны Составителями отчета о совещании. Список участников совещания приводится в Приложении 2.

Цели и задачи

Глубочайшие политические и социальные изменения происходят во всех сферах жизни в странах Центральной и Восточной Европы (СЦВЕ). Многие из развитых стран Западной Европы находятся в фазе экономического спада, что вынуждает их принять жесткие меры по ограничению расходов, а также снизить ресурсы, выделяемые на нужды традиционных секторов социального обеспечения. Службы здравоохранения, являющиеся одним из наиболее крупных потребителей фондов социального обеспечения, оказались в центре оживленных дискуссий. Даже в странах, в которых не наблюдается экономического спада, темпы расходов на сектор здравоохранения превышают рост валового внутреннего продукта (ВВП). Таким образом, все страны предпринимают попытки к усовершенствованию своих систем здравоохранения. Ключевым вопросом при этом является то, каким образом можно получить максимальную отдачу с точки зрения здоровья от ограниченных

имеющихся ресурсов. Ряд стран, особенно СЦВЕ, переживают период воистину революционных преобразований в системе медицинского обслуживания. Другие страны, особенно высокоразвитые страны Западной Европы, используют на экспериментальной основе модели развития здравоохранения с использованием принципов управляемого рынка, улучшения качества, покупки медицинских услуг, заключения контрактов на их предоставление и т.д.

Для реформ здравоохранения, проводимых сейчас в Европе, характерна одна общая слабость. Цели такого реформирования определяются в терминах оздоровления населения, повышения эффективности, свободы выбора, удовлетворенности пациентов и снижения расходов, однако в них редко уточняется то, каким образом конечные результаты реформ будут контролироваться и оцениваться. Такое положение дел объясняется очень просто: все еще недостаточно разработаны показатели и методы для оценки процесса реформирования. Показатели, характеризующие конечный результат, такие как состояние здоровья населения, изменяются порой очень медленно и поэтому имеется потребность в индикаторах, которые помогали бы определять направление процесса реформирования. Общая тенденция к децентрализации и ослаблению механизмов государственного регламентирования в ряде случаев еще больше осложнила положение дел, так как теперь уже может не иметься легкого доступа к централизованной информации.

Европейское региональное бюро ВОЗ и ИИСЗ уже имеют давнюю традицию регулярного проведения рабочих совещаний по тому или иному актуальному вопросу, связанному с системами здравоохранения в Европе. В 1994 г. на очередном совещании такого рода были рассмотрены вопросы оценки продуктивности, эффективности, в том числе экономической, и качества систем здравоохранения. Поскольку более традиционные эпидемиологические показатели, такие, например, как индикаторы, позволяющие оценить продвижение к цели "здоровье для всех", не позволяют провести оценку функциональных аспектов систем здравоохранения, перед совещанием стояла задача рассмотреть такие вопросы, как качество жизни,

предупреждение болезней, хирургические вмешательства в пожилом возрасте, реабилитация (в том числе у пациентов пожилого возраста), очереди пациентов, свободный выбор врача, а также комфорт и удовлетворенность пациентов. Охват населения медицинскими услугами должен означать не только то, что все группы населения охвачены системой медицинского страхования, национальной системой служб здравоохранения, частной медицинской страховкой или комбинацией всех этих трех компонентов, но также то, что различающиеся потребности различных групп должны удовлетворяться должным образом.

Совещание стало важным шагом в становлении Европейского регионального бюро ВОЗ как европейского информационно-аналитического центра; в частности, для этой цели создается база данных по службам здравоохранения, которая постепенно перерастет в базу знаний по реформам здравоохранения и будет способствовать установлению связей и контактов с государствами-членами и сотрудничающими центрами ВОЗ. Будет также собрана информация о взглядах граждан на медицинское обслуживание. Предполагалось, что благодаря этому совещанию:

- будут проведены обзор и оценка базы данных по службам здравоохранения, что будет содействовать ее превращению в основанную на принципах взаимодействия базу знаний по службам здравоохранения;
- будет предложен основной пакет показателей для оценки реформ здравоохранения по таким параметрам, как продуктивность, эффективность, в том числе экономическая, и качество системы здравоохранения;
- результаты совещания будут зафиксированы в его отчете.

Теоретическое обоснование

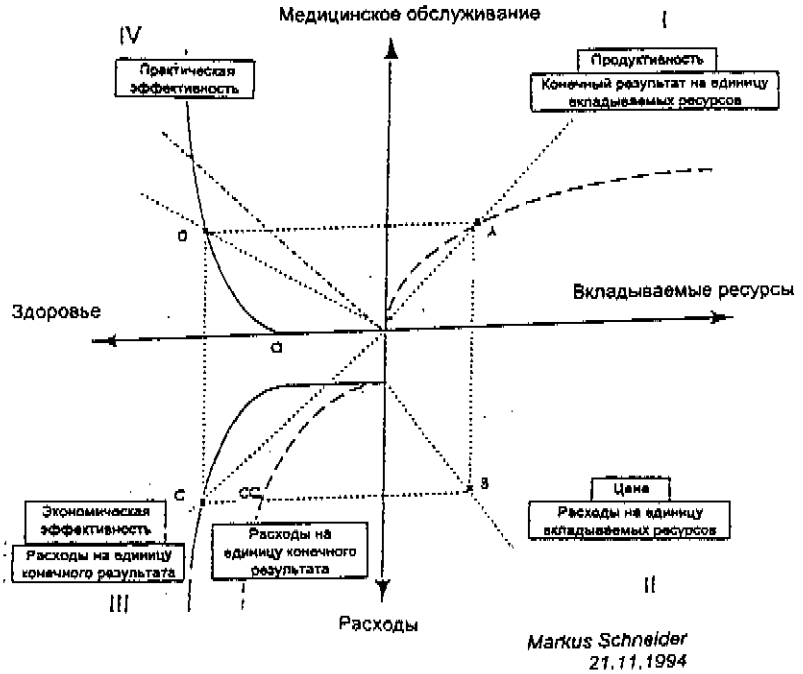
Экономические показатели, по-видимому, имеют ограниченную пользу при оценке конечных результатов медицинской помощи. Страны направляют различные доли своего ВВП на нужды здравоохранения и некоторые из них, по-видимому, способны предложить один и тот же уровень медицинского обслуживания, несмотря на большие различия выделяемых на здравоохранение средств. Это приводит к тому, что в некоторых странах службы здравоохранения называют слишком дорогими, и следовательно, приводит к политическим дебатам о сдерживании расходов и финансовых сокращениях. Наряду с этим все еще не имеется рациональных параметров для оценки служб здравоохранения, которые бы позволили проводить сравнения на более детальном уровне.

Даже самые богатые страны мира не могут на практике предложить всем гражданам все теоретически имеющиеся медицинские услуги. Не рационализировав сферу предоставления медицинских услуг, мы будем вынуждены заниматься такой болезненной процедурой, как нормирование медицинских услуг. Странам необходимо решать вопрос справедливого распределения медицинских услуг, и страны, использующие свои ресурсы наиболее эффективным образом, смогут лучше всех решить эту проблему. Экономическая эффективность и справедливость не являются противостоящими друг другу понятиями; напротив, экономическая эффективность является необходимым условием обеспечения справедливости. Такие факторы, как частное предпринимательство, конкуренция и децентрализация рассматриваются обычно как условия, автоматически повышающие экономическую эффективность. В то же время сам характер экономической эффективности продолжает оставаться неясным. Парадоксальным образом, чем больше свободы получает общество, тем больше регламентирующих мер со стороны общественности необходимо для обеспечения выигрыша для здоровья, а не просто предоставления медицинских услуг. Это справедливо как по отношению к странам с социальной медицинской страховкой, так и по отношению к странам с

национальными системами здравоохранения, финансируемыми за счет налогов.

Продуктивность, экономическая эффективность и практическая эффективность могут рассматриваться, как состоящая из четырех квадрантов область, характеризуемая такими аспектами, как здоровье, медицинское обслуживание, вкладываемые ресурсы и стоимость (см. рис. 1). Стремление к лучшему здоровью приводит к запросам предоставить соответствующие службы здравоохранения. Однако повышение продуктивности не ведет автоматически к большей эффективности, которую можно рассматривать как один из атрибутов качества. Более того, эффективность определяется в своем квадранте - через медицинскую помощь - как одновременно процесс и продукт (конечный результат).

Рис. 1. Продуктивность и экономическая и практическая эффективность медицинского обслуживания



При обсуждении продуктивности (соотношение между вкладываемыми ресурсами и конечным результатом) следует хорошо понимать, что же является конечной продукцией. С точки зрения практической эффективности (соотношение между конечным результатом и здоровьем) следует финансировать только те службы здравоохранения, которые, как известно, оказывают благоприятное влияние на здоровье людей. Однако при рассмотрении такого понятия, как экономическая эффективность (соотношение между состоянием здоровья и расходами), люди часто путают понятия экономической эффективности и практической эффективности.

Экономическая эффективность означает, что те или иные мероприятия проводятся правильно. В свою очередь практическая эффективность означает, что проводимые мероприятия являются правильными сами по себе. Представляется неэтичным просить больше ресурсов в условиях, когда существующие ресурсы используются неэффективным образом. Основная проблема, связанная с показателями заключается в том, что результаты обычно получают слишком поздно. Это приводит к дилемме, когда люди думают, что они знают, что им следует делать, но не знают, что же они на самом деле делают. Во многих секторах здравоохранения трудно дать согласованные определения конечного результата. Так, в частности, каким является индикатор продуктивности/эффективности работы психиатрической больницы или дома престарелых?

Материальные (технические) новации, по-видимому, принимаются гораздо быстрее, чем новые идеологические концепции. Вопрос о личной ответственности людей связывается с концепцией солидарности, так как люди различаются по своей способности взять на себя ответственность. Из-за отсутствия твердых этических принципов возникают трудности с решением такой проблемы, как справедливое разделение финансовых тягот между гражданами. Участники совещания пришли к выводу о том, что оценка продуктивности, эффективности, в том числе экономической, и качества медицинского обслуживания и разработка полезных показателей являются не самоцелью, а способом, помогающим начать конструктивное обсуждение о конечной цели и задачах

здравоохранения в целом, а также направить ограниченные ресурсы на решение действительно приоритетных вопросов.

Взгляды стран

В Венгрии можно выделить три этапа революционных преобразований в сфере здравоохранения, а именно:

- быстрое развитие медицинской науки и медицинской технологии;
- сдерживание расходов;
- оценка и подотчетность.

В СЦВЕ и новых независимых государствах (ННГ) бывшего Советского Союза в основе первого этапа революционных преобразований лежала идеология укрепления принципов справедливости. Второй этап революционных преобразований заключался в реформировании здравоохранения - это был этап использования рыночных подходов, при котором здоровье зависело от поведения пациентов, здравоохранение - от поведения предоставителей медицинских услуг, а расходы - от поведения лиц и организаций, финансирующих здравоохранение. Третий этап революционных преобразований будет иметь место в рамках ориентированного на подлинные ценности общества, благодаря чему будет начата эра обеспечения качества и всестороннего и цельного подхода к здравоохранению. Несмотря на то, что основной принцип политики здравоохранения - это солидарность, он не относится к тем службам, которые не являются жизненно необходимыми, эффективными или адекватными.

В ходе обсуждений в Венгрии был рассмотрен вопрос о базовом пакете медицинских услуг. Такой базовый пакет должен отвечать четырем критериям; т.е. медицинские услуги должны быть необходимыми, эффективными, обладать высоким КПД и по своему характеру выходить за рамки тех услуг, которые человек может оказать сам себе. К

сожалению, чувство ответственности населения по отношению к своему собственному здоровью очень не развито в Венгрии. Страна нуждается в более полных и точных данных о конечных результатах отдельных медицинских процедур, а также о различных мероприятиях и их стоимости. С точки зрения повышения и поддержания качества Венгрия в своей работе ставит акцент на таких вопросах, как лидерство, информация и анализ, стратегическое планирование работы по обеспечению качества, управление людскими ресурсами, обеспечение качества продуктов и услуг, удовлетворенность пациентов.

В Польше существуют общие регистры пациентов, выписываемых из больниц. В будущем все 14 воеводств будут направлять соответствующую информацию в этот регистр. Больницы направляют свою информацию в медицинские статистические бюро воеводств, которые, в свою очередь, поставляют данные национальному центру по управлению системами здравоохранения. Анализ экономической эффективности может быть проведен на всех уровнях. В прошлом такой возможности в Польше не имелось и только 10% всех данных о выписке пациентов из больниц на уровне воеводства анализировались. Национальный центр по управлению системами здравоохранения будет отвечать за управление информационным обеспечением. Основными проблемами, связанными с анализом эффективности служб здравоохранения в Польше, являются следующие:

1. недостаточные возможности менеджеров больниц в такой сфере, как принятие решений по лечебным вопросам;
2. чрезмерное влияние различных категорий узких специалистов на процесс постановки целей и приоритетов применительно к оценке эффективности;
3. отсутствие единой системы клинических процедур и методов для определения их стоимости;
4. отсутствие каких-либо требований к эффективности на областном или центральном уровнях системы управления здравоохранением;

5. недостаточное внедрение информационных структур в медицинских учреждениях;

6. плохое понимание различий между эффективностью вообще и эффективностью с точки зрения затрат.

В Швеции применительно к продуктивности и эффективности служб здравоохранения поставлены следующие цели:

- предупреждение повышения налогов или страховых взносов;
- надлежащий доход для работников здравоохранения, включая врачей;
- поддержание и желательно улучшение доступа к службам здравоохранения, а также повышение их качества.

Измерение продуктивности и эффективности важно для того, чтобы защитить службы здравоохранения от излишне амбициозных политиков. Политика сдерживания расходов может быть опасной, если она проводится чрезмерно энергично, и измерение продуктивности, эффективности и качества может помочь уточнить разумные границы пожеланий и мер, направленных на сдерживание расходов. Используемые дефиниции и определения нуждаются в уточнении, а работники здравоохранения, включая врачей, должны быть лучше проинформированы, что позволит предупредить случаи ошибочного понимания.

Оценка повышения продуктивности служб здравоохранения связана с рядом серьезных проблем, включающих, в частности, следующие: сложный характер такой оценки; непосредственный характер предоставления медицинских услуг; многоаспектность такого понятия, как качество; отсутствие рыночных цен; сложный характер целей; недостаточный объем данных как о вкладах, так и об отдаче от служб здравоохранения. Наиболее актуальная проблема связана с нехваткой данных о конечных результатах медицинского обслуживания. Качественные показатели могут и должны использоваться в любой

попытке, направленной на оценку продуктивности на постоянной основе. Следует идентифицировать связи между продуктивностью и качеством медицинского обслуживания. Кроме того, необходимо учитывать динамичный характер здравоохранения. Все время внедряются новые технологии, что создает новые возможности для предоставления медицинских услуг. Важным при этом представляется проведение разграничительной линии между эффектами новой технологии, с одной стороны, и неправильными стимулами и плохим управлением, с другой.

Измерение эффективности является еще более трудной задачей. Мы можем, по-видимому, выбрать службы, обладающие позитивным воздействием на здоровье людей, однако реальные проблемы связаны с предпочтением потребителей - как на индивидуальном, так и на коллективном уровнях. Это объясняется тем фактом, что предоставители медицинских услуг не привыкли рассматривать пациентов как потребителей или клиентов.

В Российской Федерации, где бывшая государственная система здравоохранения начинает перестраиваться по модели медицинского страхования больше внимания уделяется продуктивности, эффективности, в том числе экономической, и качеству медицинского обслуживания. В 1994 г. 1,8% ВВП было выделено на сектор здравоохранения. На административные расходы пришлось свыше половины этой суммы (1% ВВП). В этой ситуации страховщики взяли на себя ответственность за то, чтобы отстаивать интересы пациентов. Эта особенно важно в связи с тем, что уровень медицинских служб различается в разных регионах. Одним из позитивных результатов децентрализации является то, что местные администрации находятся ближе к проблемам пациентов и несут большую ответственность за удовлетворение нужд потребителей медицинских услуг. Одной из практических проблем в Российской Федерации является отсутствие общепринятой терминологии в секторе общественного здравоохранения; налицо неотложная потребность в соответствующем глоссарии на русском языке.

Оценка: имеющийся опыт и планы на будущее

Европейское региональное бюро ВОЗ занимается работой по созданию базы знаний по службам здравоохранения, которая может позволить удовлетворить некоторые из информационных потребностей стран. Следует провести разграничение между такими двумя понятиями, как база данных и база знаний. База знаний создается с четким представлением о ее задачах и целях. Таким образом, используемые показатели должны концентрироваться на конечных результатах с точки зрения здоровья, а также на взаимосвязях между мероприятиями, стоимостью, эффектом и качеством. Поскольку получение надежных и стандартизированных данных из различных стран связано с большими трудностями, важно ограничить число показателей, с тем чтобы основное внимание могло быть уделено качеству и верификации данных, а также своевременности их предоставления. В ряде ограниченных областей, таких как стоматологическая помощь, медицинская помощь больным диабетом и внутрибольничные инфекции, ВОЗ уже удалось добиться значительных успехов в мониторинге качества медицинской помощи.

На международном уровне ВОЗ и Европейское Сообщество организовали сотрудничество, с тем чтобы создать телематическую сеть медико-санитарных показателей в ряде европейских стран, учреждений и школ общественного здравоохранения. В ходе проведения этого проекта, получившего название CARE I, быстро сформировалось представление о большой важности таких проблем, как сравнимость данных и своевременность их представления. Поскольку информация о том, что нельзя сравнивать является очень важной, налицо неотложная потребность в составлении глоссария согласованных показателей.

Правительства хотят провести децентрализацию служб здравоохранения и сосредоточить свое внимание только на ключевых вопросах, однако это будет означать отказ от контроля. При принятии решений о децентрализации, параллельно следует учредить надлежащие механизмы

контроля, например, контроля за качеством. Иногда для этого может быть достаточно очень небольшого числа показателей. Необходимо создать сеть центров, которые могли бы предоставлять соответствующие данные. Министерства здравоохранения должны знать, кто именно представил те или иные данные (например, в ВОЗ).

Опыт Германии с базами данных свидетельствует о том, что данные и результаты их анализа, как правило, поступали слишком поздно, так как при постановке задач имеется потребность в бо́льшем объеме информации. Собственно говоря, база знаний должна давать лицам, определяющим политику в области здравоохранения, ответ на единственный вопрос: что же, действительно, полезно и что необходимо в данный период времени и в данной ситуации. Иными словами, даже при наличии достаточного объема данных серьезной проблемой может быть неумение правильно их интерпретировать.

РАЗЛИЧНЫЕ ТОЧКИ ЗРЕНИЯ НА ОЦЕНКУ

Потребности в оценке изменяются в зависимости от уровня административных органов, запрашивающих информацию. Лица, формирующие политику, нуждаются в данных, отличающихся от данных, необходимых для менеджеров служб или лиц, разрабатывающих региональные планы. В ходе обсуждения информационных потребностей об этом простом факте зачастую забывают.

На национальном уровне очень важными представляются аспекты, относящиеся к вкладываемым ресурсам, т.е. к выделяемым денежным и кадровым ресурсам, а также к качеству и подготовке профессиональных работников. Что касается получаемых результатов, то здесь необходимо осуществлять мониторинг общего объема и общего качества. Как правило, для оценки эффективности достаточно мониторинга за изменениями показателей общей заболеваемости и смертности. На национальном уровне показатели экономической эффективности развиты слабо. Тем не менее применительно к конкретным высокоприоритетным вопросам можно определить

отношение "издержки - выгода", а также провести анализ издержек в соотношении с получаемой пользой.

На региональном уровне одной из основных проблем является определением самого термина "регион". В целом информационные потребности на этом уровне аналогичны таковым на национальном уровне. Важным также представляется сравнение результатов медицинского обслуживания с результатами, полученными в других аналогичных регионах страны, а также со средними результатами на национальном уровне. Зачастую регионы не вовлечены непосредственно в процесс распределения ресурсов, и поэтому данные, связанные с вкладом в здравоохранение, могут быть не столь важными. С другой стороны, регионы находятся ближе к потребителям и местной администрации и поэтому они должны проявлять больший интерес к вопросам экономической эффективности и качества медицинских служб, особенно ввиду того факта, что им зачастую приходится разбираться с жалобами на медицинское обслуживание.

На уровне учреждений (больницы, районные центры первичной медико-санитарной помощи и т.д.) во многих СЦВЕ и ННГ не проводится разграничение между понятиями практической и экономической эффективности. Мониторинг расходов на этом уровне имеет огромное значение, хотя предоставители медицинских услуг и не любят заниматься этой работой. Поскольку не имеется каких-либо определений конечных результатов, почти невозможно определить цены на единицу медицинских услуг и осуществлять за ними мониторинг.

Потребность людей в информации, как правило, не учитывается, хотя они должны быть достаточно осведомленными, чтобы принимать информированные решения о характере предоставляемой им медицинской помощи. В противном случае, обсуждения такого вопроса, как свобода выбора, не имеют какого-либо смысла. Важно также разработать критерии для хороших больниц и хороших врачей. Релевантные данные являются необходимым условием проведения общественных обсуждений и только на их основе пациенты могут быть воспитаны, как ответственные потребители медицинских услуг. Вместе с тем, предоставители медицинских услуг

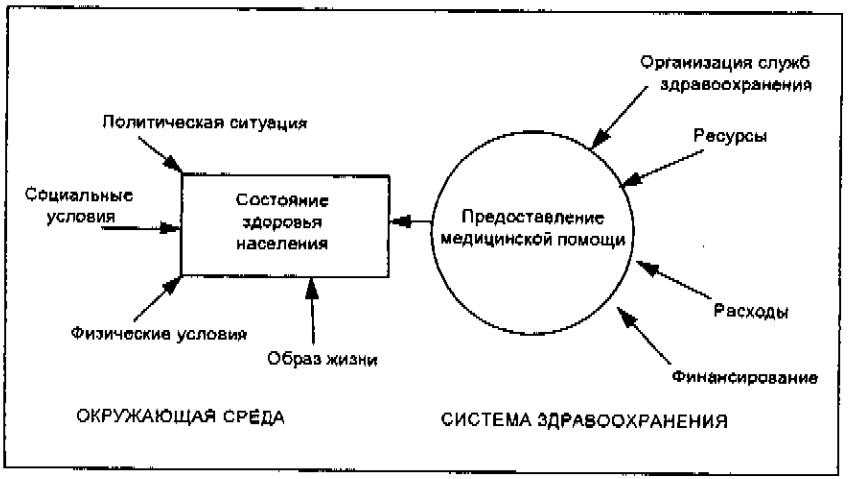
относятся к открытости информации как к какому-то очень новому и даже пугающему их явлению.

В заключение следует отметить важность дифференциации между информационными потребностями различных целевых групп и звеньев, а также перехода от подхода, ориентированного на получение информации, которую хорошо бы знать, к подходу, ориентированному на получение информации, которую просто необходимо знать. Для оценки конечных результатов полезным может быть подход, основанный на агрегации данных о конкретных случаях (агрегация ряда различных показателей). Такой подход, однако, может легко вступить в конфликт с национальным законодательством по охране данных.

Поиск более совершенных показателей

Важным аспектом является идентификация и измерение факторов, оказывающих влияние на состояние здоровья населения (рис. 2).

Рис. 2. Факторы, влияющие на состояние здоровья населения



Точки зрения о показателях здравоохранения могут различаться в зависимости от характера системы здравоохранения и обстоятельств, в которых должна будет проходить оценка. В целом системы здравоохранения в Европейском регионе могут быть подразделены на системы, основанные на принципах медицинского страхования (бисмарковские системы), системы, основанные на налогообложении (беверидженские системы), и системы, находящиеся в переходном периоде к медицинскому страхованию (к бисмарковской системе). Ранее характерными особенностями таких систем были центральное управление и государственная собственность (системы по модели Семашко). Участники совещания, представляющие каждую из этих систем, подчеркнули те аспекты, которые, по их мнению, являются наиболее важными в их условиях. Однако результаты работы каждой группы участников ни в коей мере не характеризовали лишь только одну какую-нибудь систему. В Приложении 1 представлено резюме взглядов групп на потенциальные показатели.

Группа представителей стран с бисмарковской моделью здравоохранения (Германия, Нидерланды, Франция) хотели рассмотреть этот вопрос с точки зрения "коллапса всей нормативной системы"[1], что означает общую деградацию установленных правил и норм и ведет к потере общей ориентации. Такая ситуация, как правило, складывается в периоды быстрых социальных изменений. Внезапные изменения или реформы сложившихся социальных институтов, особенно служб здравоохранения, могут привести к такому состоянию нормативного

---

[1] Такая ситуация характеризуется разрывом между ожиданиями общества и возможностями их удовлетворения, т.е. люди не получают то, что им было обещано. Основной характеристикой этой ситуации является общее напряжение, обусловленное отсутствием равновесия между прилагаемыми усилиями, способностями и ожиданиями человека, с одной стороны, и достигаемыми результатами, с другой. Все это приводит к формированию чувства отчужденности и смирения перед судьбой. Это явление не является индивидуальной особенностью людей, а скорее является отражением социальных условий, в которых может проживать индивидуум. (E. Durkheim)

беззакония. Некоторые из показателей, представленных в Приложении 1, являются примерами такой ситуации в системах здравоохранения. Важно как можно раньше выявить признаки этого явления, с тем чтобы своевременно определить его причины и необходимые корригирующие меры до того как будет снижена эффективность систем здравоохранения или даже нарушено их функционирование.

Группа отметила, что оценка качества жизни является важным, но трудным вопросом. До сих пор предпринимались попытки лишь косвенного измерения качества жизни, например, через оценку качества лечения или медицинской помощи. Иными словами, суть оценки заключалась в определении того, были ли медицинские меры, направленные на восстановление здоровья, своевременными, адекватными и успешными. Измерение качества жизни как позитивного состояния связано со значительными трудностями, по крайней мере, с точки зрения здоровья. Многие из новых социологических показателей можно - при рассмотрении их с точки зрения "нормативного беззакония" - рассматривать как ранние предупредительные сигналы для системы здравоохранения.

Продуктивность систем здравоохранения обычно оценивается с помощью показателей утилизации, однако для них характерны хорошо известные недостатки. В частности, характер самого "продукта" во многом зависит от конкретных культурных традиций. Помимо этого, продуктивность следует рассматривать с точки зрения удовлетворенности пациента. Одним из путей ее измерения может быть анализ показателей, указывающих на то, как часто граждане меняют своего семейного врача.

Группа участников, представляющих страны с бевериджевскими системами здравоохранения (Великобритания, Дания, Швеция, Финляндия), хотели рассматривать вопросы оценки, используя для этого показатель вариативности ожидаемого выздоровления, с помощью которого оказываемую медицинскую помощь можно оценить по такому параметру, как отклонение от ожидаемого качества, т.е. было ли она лучше, хуже или соответствовала ожидаемой.

Третья группа участников (Венгрия, Кыргызстан, Польша, Российская Федерация) сделали вывод о том, что следует провести разграничение между спросом и

потребностями и что во всех возможных случаях имеющиеся тенденции следует продемонстрировать. Разработка общих показателей качества является трудной задачей, однако одним из полезных методов может быть обзор наличия, качества и степени использования протоколов лечения или клинических рекомендаций, а также сравнения их с нынешними условиями.

Оценка удовлетворенности предоставителей и потребителей медицинских услуг является важной, но трудной задачей. Одним из показателей для такой оценки может быть соблюдение назначенного медикаментозного лечения и популярность альтернативных методов лечения. Было бы также целесообразно выяснить - путем проведения популяционных обследований, - насколько распространены и насколько высокими являются неофициальные выплаты медицинским работникам в странах, в которых эта практика является достаточно обычной. Зачастую эти выплаты используются для того, чтобы обойти официальные каналы направления на дальнейшее лечение и поэтому важно узнать число людей, переходящих с одного уровня системы здравоохранения на другой без соответствующего направления.

Было отмечено, что во многих странах, в которых ранее использовалась система здравоохранения по модели Семашко, сейчас наблюдается тенденция к неравенству (это даже может быть модно). Использование системы частного медицинского страхования вместо общественной системы здравоохранения является показателем высокого статуса и богатства. Многие люди хотят избежать контактов с бедными, независимо от того, насколько хороша может быть общественная система здравоохранения. Интересным показателем может быть число администраторов и организаторов здравоохранения, отвечающих за планирование общественной системы здравоохранения, но имеющих частную медицинскую страховку.

В заключение было отмечено, что каждая страна должна выбрать из списка показателей, представленных в Приложении I, те параметры, которые она считает наиболее подходящими и адекватными для дальнейшего их использования и расширения. Следует также разработать

перечень основных показателей, что позволит проводить сравнения на региональном уровне.

Различные пользователи информации - различные потребности

Участники совещания рассмотрели показатели оценки продуктивности, практической и экономической эффективности, а также качества систем здравоохранения, используя для этой цели специальные упражнения, основанные на принципах моделирования, с тем чтобы подробным образом рассмотреть информационные потребности различных групп пользователей. Иными словами, вместо традиционного подхода заключавшегося в перечислении всех возможных показателей, участники совещания использовали минимальный пакет показателей, позволяющих удовлетворить потребности в информации. Цель проведенного упражнения заключалась в верификации ранее разработанных показателей, а также в получении реалистичного описания трудностей, связанных с одновременным удовлетворением потребностей различных заинтересованных групп. Более того, упражнение показало, что определенные группы не хотят, чтобы определенные виды информации становились общими знаниями; оно также позволило участникам совещания выработать ряд выводов.

Использование базы знаний должно основываться на принципах взаимодействия. Между системами здравоохранения, финансирование которых основано на налогообложении, с одной стороны, и медицинском страховании, с другой, следует проводить определенные сравнения. База знаний сначала должна быть небольшой, однако впоследствии она должна быть расширена. В нее должны входить такие элементы, как показатели использования, профилактические мероприятия, использование протоколов, экономическая эффективность, использование технологии, а также взгляды потребителей медицинских

услуг. Мониторинг качества медицинской помощи может осуществляться с использованием в качестве показателей определенных групп основных болезней.

Бюджетные ограничения вынуждают администраторов стремиться к снижению расходов. В связи с этим, следует прекратить сбор всех видов информации, не являющейся абсолютно необходимой. Среди недостатков нынешних информационных систем следует назвать следующие: их неточность, неадекватность, недостаточно разработанная структура, несвоевременность предоставления информации, недостаточный охват. Для создания новых информационных систем необходимы как соответствующие средства, так и международное сотрудничество.

Врачи полагают, что существующие информационные сводки не отражают в полной степени прилагаемые ими усилия, количество проводимых ими вмешательств и степень использования современного оборудования. Стоматологи считают, что огромная важность профилактических аспектов в области стоматологического обслуживания не получает надлежащего отражения в имеющихся сейчас данных. Медсестры подчеркивают взаимосвязь между удовлетворенностью пациентов и хорошим медсестринским обслуживанием. Со своей стороны врачи проявляют меньший интерес к этому аспекту, так как они не всегда понимают всю важность сестринского обслуживания. Необходимо определить минимальные кадровые нормативы, которые должны соблюдаться; необходимо также установить контроль за рациональной сбалансированностью различных категорий медицинского персонала. Показатели как хода, так и конечных результатов медицинского обслуживания характеризуют предоставление услуг лучше, чем показатели состояния здоровья.

Промышленные ведомства могли бы в принципе финансировать информационные службы, однако, как правило, они не выходят за круг своих собственных интересов, а именно, как изготовить и продать больше продукции. Академические и научно-исследовательские институты являются активными партнерами, однако, они часто забывают о различиях между административными потребностями и потребностями научных исследователей.

Администраторы могут быть удовлетворены косвенными результатами, которые могут не соответствовать научным стандартам. С другой стороны, для получения точных ответов может потребоваться столько времени, что сам рассматриваемый вопрос может полностью утратить свою актуальность.

Выводы

Информационные системы должны предоставлять точную, своевременную и простую информацию. Использование информации и ее анализ должны пропагандироваться, и лицам, формирующим политику, следует напомнить о том, что сокращение средств не является правильным долгосрочным решением. Хорошая информация является необходимым условием информированных дискуссий и открытых обсуждений. Это возможно только в том случае, если люди располагают своевременными и точными данными. Данные о заболеваемости и смертности являются слишком приблизительными и их нельзя использовать при оценке качества услуг, предоставляемых системой здравоохранения. Для этой цели нужны такие показатели, как степень социального обеспечения, удовлетворенность пациентов/граждан, а также данные о длине очередей.

Еще одним многосторонним и трудным вопросом является вопрос о продуктивности, практической и экономической эффективности и качестве. Как это ни странно, страны готовы выделять лишь ничтожно малые средства для оценки работы сектора, на который уходит около 10% ВВП и даже еще большая часть общественных расходов. Многие требуют внедрения стандартов, однако, этот вопрос далеко неоднозначный. По-видимому, в рамках Европейского региона невозможно разработать единые стандарты медицинского обслуживания, поскольку страны различаются столь широко как по своим культурным ценностям и традициям, так и по степени развития.

Основные элементы в базе знаний, предназначенной для оценки систем здравоохранения, включают следующие:

1. состояние здоровья пациентов/граждан или степень риска;
2. финансирование систем здравоохранения;
3. людские и материальные ресурсы;
4. удовлетворенность пациентов/граждан, с одной стороны, и медицинских работников, с другой.

При выборе показателей необходимо, прежде всего, решить вопрос о том, что необходимо знать. И, наконец, следует определить роль и интересы различных действующих лиц в сфере "производства информации".

Хотя в целом экономисты перестали применять термин "валовой внутренний продукт (ВВП)", его постоянно используют применительно к финансированию систем здравоохранения. Однако другие параметры могут в лучшей степени, как показать изменения в учреждениях здравоохранения, так и охарактеризовать их продуктивность. Такие показатели являются неотъемлемым элементом базы знаний, которая может представить более полную картину реального положения дел по сравнению с базами количественных данных.

Важной и актуальной задачей для ВОЗ является определение того, каким образом проводить оценку и сравнение различных систем здравоохранения. С одной стороны, получаемые данные должны быть сравнимыми, а с другой стороны, они должны также отражать основные культурные особенности различных обществ.

Проекты развития бывают успешными только тогда, когда их поддерживает большинство населения. Аналогичным образом, экономической эффективности работы систем здравоохранения в различных странах можно добиться разными путями. Международному информационно-справочному центру, занимающемуся предоставлением информации для ее использования при планировании систем здравоохранения, следует решить следующий ключевой вопрос: какая специфичная для стран информация должна входить или не входить в банки данных в интересах сравнимости и достоверности данных. На

основании каких принципов и правил будут интерпретироваться медико-санитарные данные?

Необходимо ответить на следующие три вопроса:

1. Что является подходящим показателем для оценки той или иной запланированной цели?

2. Что будет измеряться и каким образом?

3. Как понимают собранные данные; почему данный показатель является подходящим; и почему им пользуются; короче говоря, почему данный показатель является практически применимым?

Новая особенность ориентированной на будущее базы знаний заключается в том, что при сборе и презентации информации основное внимание следует уделять ответу на эти три вопроса, что позволит сделать информацию, понятной для пользователя.

Имеется необходимость в центральном координаторе. Телематические связи позволяют обмениваться данными в режиме реального времени, однако организация наподобие Европейского регионального бюро продолжает оставаться необходимой для того, чтобы обеспечивать стандартизацию, анализ и распространение информации. Лучше всего начать с небольшого и расширять систему, базируясь на достигнутых успехах; хорошая информация быстро распространяется. В этом отношении Европейское региональное бюро могло бы:

- выполнять функции информационно-справочного центра применительно к данным экономического характера;
- подготавливать рекомендации по проведению исследований экономической эффективности;
- разрабатывать стандарты и нормативы для показателей;

- разрабатывать показатели для измерения качества медицинской помощи;
- подготавливать периодические отчеты о странах, уделяя при этом особое внимание различиям в их культурном укладе;
- подготовить минимальный пакет показателей для оценки эффективности систем здравоохранения;
- принять меры к тому, чтобы вопросам использования, качества и защиты данных уделялось должное внимание;
- разрабатывать показатели для оценки эффективности профилактических служб.

Приложение 1

ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЛЯ ОЦЕНКИ ПРОДУКТИВНОСТИ, ЭКОНОМИЧЕСКОЙ И ПРАКТИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ И КАЧЕСТВА СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Сфера	• **Показатели**
1. Политические/ административные условия	• Политическая нестабильность • Процент населения, участвующего в выборах • Гражданские беспорядки
2. Социальные условия	• Уровень образования • Показатель рождаемости • Средний размер семьи/домашнего хозяйства • Показатель разводов • Безработица • Показатель самоубийств среди молодёжи • Преступность • Убийства • Ощущение незащищенности • Удельный вес одиноких людей
3. Образ жизни	• Потребление/злоупотребление алкоголем • Использование наркотических средств/наркомания • Потребление табака[a]
4. Окружающая среда	• Уровень загрязнения (все виды загрязнения) • Население • Возрастная пирамида • Показатель рождаемости

5. Общее состояние здоровья	• Показатели травматизма • Показатели заболеваемости • Предоставление медицинской помощи • Стратегии преодоления трудностей (например, в случае слабоумия/деменции)
6. Граждане/ Пациенты	• Численность, половозрастное распределение, форма занятости, средний доход, уровень образования • Подгруппы: пенсионеры, безработные, возрастные группы (0-15; 16-24; свыше 64 лет и т.д.), рабочие категории "голубых воротничков/белых воротничков", городские/сельские группы, меньшинства • Удовлетворенность групп потребителей/предоставителей медицинских услуг • Состояние здоровья различных групп потребителей (выбранные показатели смертности, заболеваемости, частоты, распространенности) • Объем доходов, собираемых фондом медицинского страхования (и особенно, насколько реальные доходы меньше ожидаемых, что говорит о том, как много работодателей не доплачивают в фонд медицинского страхования) • Расходы на здравоохранение в различных группах • Число случаев смерти, предупрежденных благодаря проведению лечения, в том числе оперативного • Число людей, поменявших своего семейного врача или впервые зарегистрировавшихся у семейного врача

7. Доступ к медицинскому обслуживанию	• Доступ определенных категорий людей (иммигранты, безработные) • Число/удельный вес людей старше 65 лет в домах престарелых • Среднее число обращений к врачу в год • Средняя продолжительность приема врача • Процент людей, не обращающихся за медицинской помощью • Процент людей, посещающих стоматолога ежегодно • Отношение персонала/пациентов к профилактике • Средняя длина списка очередников и средняя продолжительность времени ожидания для ряда отдельных общих состояний/показаний • Наличие ограничительных критериев применительно к некоторым видам лечения (например из-за пожилого возраста)
8. Конечный результат	• Доля населения, имеющего частную медицинскую страховку[б] • Продолжительность ожидания в очереди • Процент предупреждаемых случаев смерти (у людей в возрасте до 60 лет)
9. Спрос/потребности	• Качество жизни (состояние здоровья - это один из компонентов качества жизни) • Коэффициент использования с учетом возраста, принадлежности к той или иной социальной группе и т.д. • Показатель госпитализации на одно посещение врача

10. Ресурсы	• Организация • Доля общей рабочей силы • Распределение трудовых ресурсов • Соотношение различных категорий работников (врачи/медсестры/технический персонал и т.д.) • Первичная медико-санитарная помощь/Вторичная медицинская помощь • Профилактика/лечение • Потребление лекарственных средств (используя для этой цели ряд индикаторных лекарственных средств, например, снотворных, антибиотиков широкого спектра в соотношении с антибиотиками узкого спектра, психотропных лекарственных средств, болеутоляющих средств) • Инвестиции/другие расходы • Ежегодный прием студентов в медицинские вузы и медицинские училища • Учебная программа медицинских вузов и училищ • Роль и число социальных работников, нанятых сектором здравоохранения
11. Расходы	• Гонорары, как доля общих расходов на здравоохранение • Доля общих расходов на людей старше 65 лет • Финансирование • Доля средних доходов, затрачиваемых людьми на частичную оплату медицинских услуг (в различных группах населения) • Число/процент людей, не способных оплачивать минимальную медицинскую страховку • Процент государственного финансирования с целью покрытия дефицита медицинского страхования • Масштабы мошенничества при составлении заявлений о выплате страхового возмещения

12. Удовлетворение медицинских работников	• Средний доход медицинских работников (в сравнении со средней зарплатой в стране) • Число посещений различных специалистов • Неоплаченные заявления о возмещении из страховых фондов
13. Комплексный показатель	• Корреляция между долей ВНП, выделяемого на здравоохранение и удовлетворенностью пациентов • Средние расходы семьи/домашнего хозяйства на медицинские услуги (из собственного бюджета)

[а] Все виды табакопотребления рассматриваются как злоупотребление, поскольку не существует такой вещи, как безопасное или адекватное использование табака.

[б] В ряде стран тактику заключения контрактов с частной медицинской страховой кампанией можно рассматривать как признак того, что медицинские услуги, предлагаемые в рамках системы обязательного медицинского страхования, неудовлетворительны или недостаточны для удовлетворения потребностей населения.

Приложение 2

СПИСОК УЧАСТНИКОВ

Венгрия

Dr Andras Javor
International Adviser in Public Health Matters, Budapest

Германия

Mr Ulrich Dietz
Bundesministerium für Gesundheit, Bonn

Польша

Dr Janusz Halik
Deputy Director, National Centre for Health System Management, Warsaw

Украина

Д-р Б.П. Круштопа
Киевский институт усовершенствования врачей

Франция

Ms Agnès Couffinhal
LEGOS, Université de Paris Dauphine

Временные советники

Dr Anders Anell
Managing Director, Swedish Institute for Health Economics (IHE), Lund, Sweden

Professor Peter Atteslander
Bellevueweg 29, Port, Switzerland
(один из Составителей отчета)

Professor Fritz Beske
Institute for Health Systems Research (IGSF), Kiel, Germany
(Председатель)

Д-р А.С. Иманбаев
Сотрудник по связям с ВОЗ
Информационный центр ВОЗ
для центральноазиатских республик
с/о Министерство здравоохранения, Бишкек, Кыргызстан

Mr Andrew Long
Senior Lecturer, Health Systems Research, Clearing House on the Assessment of Health Outcomes, Nuffield Institute for Health, Leeds, United Kingdom

Mr F.-M. Niemann
Institute for Health Systems Research (IGSF), Kiel, Germany
(один из Составителей отчета)

Mr Pekka Rissanen
National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES), Helsinki, Finland

Dr Pontus Roos
Programme Manager, Swedish Institute for Health Economics (IHE), Lund, Sweden

Dr Markus Schneider
BASYS, Augsburg, Germany

Д-р В.Е. Чернявский
Заместитель директора, Научные исследования,
МЕДСОЦЭКОНОМИНФОРМ, Институт общественного здравоохранения, Москва, Российская Федерация
(заместитель Председателя)

Dr Albert van der Werff
Vrouwgeestweg 20, Woubrugge, Netherlands

Наблюдатели

Ms Anna-Elisabeth Bongen
Medizinaldirektorin, Leiterin des Zahnärztlichen Dienstes, Gesundheitsamt der Stadt Dortmund, Germany

Dr Sylvia Dohnke-Hohrmann
Leiterin des Zahnärztlichen Dienstes, Bezirksamt Neukölln, Abteilung Gesundheit, Berlin, Germany

Dr Petra Marxen
Health Policy, GLAXO GmbH, Hamburg, Germany

Dr Norbert Schmacke
President, Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf, Germany

Европейское региональное бюро

Г-жа Gitte Andersen
Секретарь, Службы здравоохранения

Д-р Lisa Bøge Christensen
Консультант, работающий по временному контракту, Гигиена полости рта/стоматология

Г-жа Elke Kallab
Помощник по административным вопросам, Проект EUROCARE

Г-н Knud Thoby
Сотрудник по административным вопросам, Размножение документов

Д-р Mikko Vienonen
Региональный советник по вопросам управления службами здравоохранения *(Секретарь)*