



ПРОБЛЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЕМ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА

УДК 351:61

К.В. ПРОХОРОВ, врач-хирург Отделения рентгенохирургических
методов диагностики и лечения
ГУЗ Пермская краевая клиническая больница № 2 «Институт сердца»,
г. Пермь, ул. Луначарского, 956
Электронный адрес: 2939797@mail.ru

ВОПРОСЫ РЕФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ ПККБ № 2 «ИНСТИТУТ СЕРДЦА»)

В большинстве капиталистических стран функционируют развитые системы здравоохранения, обслуживающие лиц наемного труда и их иждивенцев, пенсионеров, студентов, мелких предпринимателей. Лишь незначительная часть населения, как правило, принадлежащая к высшим социальным слоям, лечится за свой счет. Из социальных фондов в начале 90-х гг. XX в. в Японии покрывалось 73% расходов на

медицинское обслуживание, Канаде – 76%, Германии – 78%, Англии – 86%, Италии – 87%, Швеции – 91%. Системы предусматривают оплату подавляющей части расходов на лекарства (в Италии, Англии, Швеции – почти полностью, во Франции – на 95%), очки и протезы (80-85%), лабораторные анализы (80-90%). В Германии, Швеции, Бельгии возмещаются расходы на транспортировку больных (в пределах установленных сумм), а также на долечивание в санаториях.

Приведенные данные свидетельствуют о значительной роли государства в функционировании системы здравоохранения. Здравоохранение, наряду с образованием и обороной, является сферой наибольшего государственного контроля и формой реализации одной из ключевых государственных функций.

Контролируя здравоохранение, государство несет ответственность за эффективность функционирования системы здравоохранения. Участвовавшие

В статье рассматривается роль государства в процессе реформирования региональной системы здравоохранения, нацеленного на повышение эффективности функционирования системы в целом. Автор анализирует основные подходы к определению эффективности оказания услуг в системе здравоохранения; в частности, степень эффективности оказания медицинских услуг на базе ПККБ № 2 «Институт сердца».

Ключевые слова: здравоохранение; эффективность здравоохранения; качество здравоохранения; методы оценки

в последнее время претензии самых разных общественных групп и лиц к эффективности здравоохранения, одним из факторов которой называют степень участия государства в регулировании экономики здравоохранения, свидетельствуют об актуальности проблемы.

Сущность и основные принципы эффективности здравоохранения

Одним из важнейших понятий экономики здравоохранения, предметом экономического анализа является эффективность. В здравоохранении различают медицинскую, социальную и экономическую эффективность. Экономика здравоохранения изучает условия и факторы, обеспечивающие максимальное удовлетворение потребностей населения в товарах и услугах, необходимых для сохранения, укрепления, восстановления здоровья, при минимальных затратах.

Эффективность здравоохранения, его служб и отдельных мероприятий измеряется совокупностью критериев и показателей, каждый из которых характеризует какую-либо сторону процесса медицинской деятельности.

Расчет показателей эффективности здравоохранения производится по следующим направлениям:

- по виду эффективности: медицинская; социальная; экономическая;
- по уровню: уровень работы врача; уровень работы подразделений; уровень работы медицинских учреждений; уровень работы отрасли здравоохранения; уровень народного хозяйства;
- по этапам или разделам работы: на этапе предупреждения заболевания; на этапе лечения заболевания; на этапе реабилитации;
- по объему работы: эффективность лечебно-профилактических мероприятий; эффективность медико-социальных программ;
- по способу измерения результатов: через снижение потерь ресурсов; через экономию ресурсов; через дополнительно полученный результат; интегрированный показатель, который учитывает все результаты;
- по затратам: по затратам общественного труда; суммарный показатель по затратам живого и общественного труда;
- по форме показателей: нормативные показатели здоровья населения; показатели трудовых затрат; стоимостные показатели.

Эффективность здравоохранения не может быть определена однозначно. Применительно к здравоохранению определяются три типа эффективности: медицинскую; экономическую; социальную.

В отличие от других отраслей народного хозяйства, результаты тех или иных мероприятий здравоохранения, его служб и программ анализируются с позиций социальной, медицинской и экономической эффективности, среди которых приоритетными являются медицинская и социальная эффективность. Без оценки результатов медицинской и социальной эффективности не может быть определена и экономическая эффективность. Существует взаимосвязь и взаимообусловленность между медицинской, социальной и экономической эффективностью.

Под понятием «эффективность» понимается степень достижения конкретных результатов.

Медицинская эффективность – это степень достижения медицинского результата. В отношении одного конкретного больного это выздоровление или улучшение состояния здоровья, восстановление утраченных функций отдельных органов и систем. На уровне учреждений здравоохранения и отрасли в целом медицинская эффективность измеряется множеством специфических показателей: удельный вес излеченных больных, уменьшение случаев перехода заболевания в хроническую форму, снижение уровня заболеваемости населения.

Медицинская эффективность отражает степень достижения поставленных задач диагностики и лечения заболеваний с учетом критериев качества, адекватности и результативности. Медицинское вмешательство может быть более результативным, если научный уровень и практика его проведения обеспечивают наилучший результат медицинской помощи при наименьших затратах всех видов ресурсов. Но даже при идеальном качестве медицинского труда может быть не достигнута конечная цель – здоровье человека.

Социальная эффективность – это степень достижения социального результата. В отношении конкретного больного – это возвращение его к труду и активной жизни в обществе, удовлетворенность качеством медицинской помощи. На уровне всей отрасли это увеличение продолжительности предстоящей жизни населения, снижение уровня показателей смертности и инвалидности, удовлетворенность общества в целом системой оказания медицинской помощи.

Экономическая эффективность – это соотношение полученных результатов и произведенных затрат. Расчет экономической эффективности связан с поиском наиболее экономичного использования имеющихся ресурсов. Этот показатель является необходимым составляющим звеном в оценке функционирования системы здравоохранения в целом, отдельных ее подразделений и структур, а также экономическим обоснованием мероприятий по охране здоровья населения.

Экономическая эффективность в здравоохранении рассматривается в двух направлениях: во-первых, эффективность использования различных видов ресурсов, во-вторых, с точки зрения влияния здравоохранения на развитие общественного производства в целом.

Особенность здравоохранения заключается в том, что нередко медицинские мероприятия лечебного и профилактического характера могут быть экономически невыгодны, однако медицинский и социальный эффект требует их проведения. Так, при организации медицинского обслуживания пожилых людей с хроническими и дегенеративными заболеваниями, больных с умственной отсталостью и т.п. при явной медицинской и социальной эффективности экономический эффект будет отрицательным. При использовании современных медицинских препаратов, интенсивной терапии и реанимации достигается медицинский и социальный эффект – сохраняется человеку жизнь, однако он может стать инвалидом и лишиться возможности заниматься общественно-полезным трудом.

Экономическая эффективность в здравоохранении не может являться определяющей при выборе тех или иных средств профилактики, лечения,

организационных форм оказания медицинской помощи. Однако критерии экономической эффективности – наряду с медицинской и социальной эффективностью – могут помочь в установлении очередности проведения тех или иных мероприятий в условиях ограниченных ресурсов.

Особенностью здравоохранения является то, что труд, затраченный на оказание медицинской помощи, может быть «меньше» труда, сэкономленного благодаря этой помощи. Например: выздоровление трудоспособного работника, будет означать уменьшение потерь национального дохода от недопроизведенной продукции, то есть принесет значительный экономический эффект. В то же время выздоровление нетрудоспособного пенсионера или инвалида не принесет экономического эффекта, более того, будет означать дополнительные потери в связи с необходимостью выплаты пенсии по старости или пособия по инвалидности.

В медицине нет четкой взаимосвязи между количеством затраченного врачом труда и конечным результатом. Не всегда сэкономленный за счет восстановления здоровья труд больше вложенного врачом на одну и ту же величину. Например, при одинаковой патологии на пожилого человека будет затрачено больше времени и средств, чем на молодого, а результат может быть неоднозначным.

Для понимания особенностей проявления экономической эффективности в здравоохранении большой интерес представляет анализ эффективности последовательных затрат труда медицинских работников. Наиболее эффективными являются первоначальные затраты труда на уровне, обеспечивающем перелом в ходе болезни. Последующие затраты способствуют ускорению выздоровления, но, в принципе, они уже не являются столь же эффективными, как первоначально.

Знание экономической эффективности лечения и предупреждения заболеваний позволяет получить информацию о затрачиваемых средствах, что, в свою очередь, более точно позволяет установить нормативы финансирования.

Методические подходы к определению экономической эффективности здравоохранения основываются прежде всего на определении стоимости отдельных видов медицинской помощи и санитарно-эпидемиологического обслуживания, а также величины ущерба, вследствие тех или иных заболеваний. Стоимостные показатели медицинской помощи служат исходными для соизмерения затрат и экономического эффекта при определении экономической эффективности здравоохранения. В конкретных расчетах эта эффективность может измеряться частным от деления суммы, отражающей выгоду (экономический эффект) данного мероприятия, на сумму расходов на него.

Экономический эффект – это предотвращенный экономический ущерб, то есть тот ущерб, который удалось предотвратить в результате применения комплекса медицинских мероприятий.

Экономический эффект находится как разница между экономическим ущербом вследствие заболевания или смертности до и после применения лечебно-профилактических мероприятий.

Выделяют также прямой и косвенный экономический эффект.

Прямой экономический эффект обусловлен улучшением методики или организации того или иного мероприятия, ведущего к его удешевлению. Например: внедрение новых форм организации труда медицинских работников и оказания медицинской помощи (отделение сестринского ухода, стационар одного дня, стационар на дому, дневной стационар) ведет к экономии коечного фонда. Применение более дешевых и эффективных методов диагностики и лечения позволяет снизить стоимость лечения больного и стоимость одного койко-дня.

Косвенный экономический эффект является следствием медицинского и социального эффекта, то есть это результат улучшения профилактики и лечения, что в конечном счете ведет к уменьшению затрат за счет экономии средств на борьбу с заболеваниями и к снижению экономического ущерба в связи с утратой трудоспособности и смертностью.

Следует различать экономический фактический и ожидаемый эффект.

При планировании того или иного мероприятия мы имеем дело с ожидаемым эффектом. При ретроспективной оценке результатов рассчитывается фактический эффект.

Различают также прямой и косвенный экономический ущерб.

Прямой экономический ущерб – это прямые затраты на лечение, профилактику, санитарно-эпидемиологическое обслуживание, научные разработки, подготовку медицинских кадров, выплату пособий по временной нетрудоспособности и пенсий по инвалидности.

Косвенный экономический ущерб – это экономические потери, связанные со снижением производительности труда, непродуцированной продукцией и снижением национального дохода на уровне народного хозяйства в результате болезни, инвалидности или преждевременной смерти.

Наиболее ощутим экономический ущерб среди работоспособного населения вследствие временной или стойкой нетрудоспособности. Работник, утративший трудоспособность, не участвует в производстве общественного продукта, а общество затрачивает на него свои ресурсы в форме пособий, пенсий, медицинского обслуживания, обучения инвалидов, в связи с переподготовкой, и различного рода льгот социального характера. Если инвалид сохраняет частичную трудоспособность и продолжает работать по специальности или на работе, оплачиваемой не ниже прежней, то народнохозяйственные убытки будут меньше, так как они не включают потери, связанные с производством новой стоимости.

Если в результате частичной потери трудоспособности инвалид переходит на менее оплачиваемую работу, то условно можно принять, что производимый им за год национальный доход уменьшится, по сравнению с прежней величиной, в той мере, в которой годовая заработная плата меньше заработной платы на прежней работе. Инвалидность наносит ущерб как обществу в целом, так и семье больного. Этот ущерб проявляется в течение ряда лет после получения инвалидности до восстановления трудоспособности, достижения пенсионного возраста или наступления смерти.

Наряду с временной или стойкой утратой трудоспособности значительный экономический ущерб приносит смерть в работоспособном возрасте или до его наступления.

Расчеты экономического эффекта сохранения жизни являются лишь ориентировочными, поскольку в качестве исходных данных берутся средние показатели продолжительности жизни и ее трудоспособного периода, а среднегодовое производство национального дохода на одного работающего и средние выплаты из общественных фондов потребления условно принимаются неизменными за весь период жизни без учета темпов роста.

В экономический ущерб в результате инвалидности или смерти человека включается, как правило, тот объем продукта, который был бы произведен им в случае сохранения трудоспособности или дожития до пенсионного возраста. При более точных расчетах из этой суммы вычитаются средства, идущие на потребление человека до конца жизни.

В связи с различием возрастного ценза выхода на пенсию экономический ущерб рассчитывается отдельно для мужчин и женщин.

Показатели эффективности должны отвечать следующим требованиям: иметь количественное выражение; быть простыми в расчете; иметь доступную и надежную информационную базу.

Рассчитывают следующие показатели экономического ущерба:

1. Структура экономического ущерба в расчете на одного человека для работающего населения.

2. Структура экономического ущерба в расчете на одного человека для неработающего населения.

3. Экономические потери от инвалидности.

4. Народнохозяйственные потери от преждевременной смертности.

Расчет экономического эффекта, в любом случае, находится как разница между экономическим ущербом до применения медицинской программы и после нее и включает следующие показатели:

1. Модифицированный показатель экономического эффекта в результате снижения уровня заболеваемости с временной утратой трудоспособности (заболеваемость работающего населения).

2. Экономический эффект в результате сокращения сроков лечения всего населения.

3. Экономический эффект от снижения инвалидности.

4. Экономический эффект, который получает общество в результате трудовой деятельности человека.

5. Ориентировочный экономический эффект от сохранения жизни человека трудоспособного возраста.

Как было отмечено выше, экономическая эффективность – это соотношение экономической выгоды, полученной в результате внедрения каких-либо лечебно-профилактических мероприятий и затрат на эти мероприятия.

Понятие качества в системе здравоохранения

Современное здравоохранение представляет собой сложную систему, состоящую из ряда элементов, каждый из которых занимает определенное место в системе, имеет свои функции и задачи, а также свои методы воздействия на другие субъекты системы. Все эти элементы оказывают влияние на основные параметры медицинской помощи, и прежде всего на ее характер,

объем и качество. Поэтому обеспечение качественной медицинской помощи представляет в первую очередь практическую задачу, решение которой требует определенных усилий со стороны всех субъектов системы здравоохранения и создания механизма обеспечения качества медицинской помощи, основными элементами которого являются:

- сбор информации о качестве медицинской помощи на данном иерархическом уровне (рабочем месте, подразделении, ЛПУ, регионе и в целом по стране);
- принятие на основе анализа полученной информации решений, направленных на создание благоприятных условий для оказания качественной медицинской помощи;
- контроль за реализацией принятых решений и проведение в случае необходимости корректировочных мероприятий.

Изучение мирового и отечественного опыта создания подобных механизмов свидетельствует о многообразии существующих подходов, что во многом обусловлено противоречивой трактовкой самого понятия «качество медицинской помощи».

Действительно, несмотря на внешнюю простоту, дать определение понятия «качество медицинской помощи» довольно сложно. В литературе имеется несколько десятков определений качества медицинской помощи, нередко противоречащих друг другу, что подтверждает отсутствие единой точки зрения по данному вопросу среди работников здравоохранения.

Различные определения понятия «качество медицинской помощи» отражают прежде всего различия в понимании отдельными исследователями сути данной категории и области ее применения, что, в свою очередь, обусловлено двумя факторами. Во-первых, это связано с исключительной сложностью и многоплановостью понятий «медицинская помощь» и «качество медицинской помощи». Так, качество медицинской помощи, оказываемой отдельному больному, несет одну смысловую нагрузку, качество медицинской помощи, оказываемой в ЛПУ или в целом по стране, – другую. В соответствии с этим цели построения этих «качеств» и методы их измерения могут не совпадать. Неоднозначны подходы к оценке качества со стороны различных субъектов медицинского страхования. Врачи оценивают качество своей работы и деятельности своих коллег с одних позиций, больные – с других, органы здравоохранения – с третьих и т. д. Во-вторых, изменяются требования к уровню медицинской помощи, появляются новые возможности и новые области применения данного показателя по мере развития общества, что побуждает исследователей постоянно обращаться к данному показателю, но на новой основе.

Медицинскую помощь как процесс можно понимать в узком (когда речь идет о лечении конкретного больного конкретным врачом – медицинский случай) и в более широком (когда речь идет о механизме оказания медицинской помощи в более широких пределах: ЛПУ, регионе или в целом по стране) смысле. В этих случаях медицинская помощь выступает аналогом понятий «производственный процесс» и «организация производства», широко используемых в различных отраслях народного хозяйства.

Если подходить к медицинской помощи как к некоторому производственному процессу, то можно выделить следующие основные позиции, тесно связанные между собой:

- собственно медицинская помощь (как процесс), т. е. деятельность медицинских работников, направленная на удовлетворение потребностей пациентов в сфере здравоохранения;
- условия, в которых она протекает (здания, медицинское оборудование, лекарственные препараты и т. д.);
- исходное состояние больного (отражающее влияние многих факторов: пола, возраста, тяжести заболевания и т. д.).

Очевидно, что каждый из этих моментов процесса оказания медицинской помощи характеризует одну из ее сторон: 1-й – знания и опыт медицинского персонала, 2-й – условия работы и 3-й – сам объект воздействия. А все вместе они дают полное представление об изучаемом объекте.

Собственно медицинская помощь оказывается конкретным работником конкретному больному в определенных условиях. Ее цель – непосредственная помощь пациенту.

Основная задача 2-го уровня – организация условий для эффективной работы конкретных работников, включая координацию деятельности различных специалистов, прием и регистрацию больных, обеспечение медицинским оборудованием и лекарствами, подбор и подготовку кадров и др.

Главная задача 3-го уровня состоит в разработке общих принципов организации работы медицинских учреждений. Эти общие положения должны создать благоприятные возможности для эффективной работы медицинских учреждений, а следовательно, и конкретных медицинских работников.

Методы оценки эффективности системы здравоохранения

Лучшей на настоящий момент методической базой повышения эффективности и качества системы здравоохранения в большинстве стран признана методология управления качеством медицинской помощи. Европейское бюро ВОЗ издало документ, в котором анализируется опыт стран по созданию систем управления качеством, – «Основы для разработки национальных стратегий по усовершенствованию качества в системах здравоохранения». Первая часть этого документа в общих чертах описывает ценности, формы и концепции, которые влияют на выработку национальных подходов к обеспечению качества наряду с международным влиянием таких организаций, как Совет Европы, Европейский Союз и Европейское региональное бюро ВОЗ. Во второй части предлагаются структура и принципы национальной стратегии по качеству, даются примеры политики, организации, методов и ресурсов, которые могут применяться в процессе создания институтов качества в государствах-членах Совета Европы.

Развитые страны с учетом возможностей и национальных особенностей при реформировании и реорганизации своих систем здравоохранения используют различные технологии и методики, объединенные под одним общим названием – управление качеством. Это такие подходы, как Обеспечение качества (Quality Assurance), Всеобщее управление качеством (Total Quality Management), Непрерывное улучшение качества (Continues Quality Improvement), Улучшение качества (Quality Improvement), – семейство различных управленческих технологий, в названиях которых на английском языке используется термин «качество»;

их объединяет то, что это – различного рода и на различных уровнях управляющие воздействия на систему для улучшения результата ее работы. Российские ученые, хорошо владеющие системным анализом, вычленили общее и частное этих методов и методологий и ввели соответствующий русский термин «управление качеством». Это более широкое понятие, охватывающее все выше указанные различные методы и инструменты и подразумевающее весь цикл управления: установление исходного уровня качества, контролирование и поддержание достигнутого уровня качества, если этот уровень удовлетворяет руководителей и потребителей системы, и улучшение качества, если существующий уровень качества не удовлетворяет внутренних и внешних потребителей. В Глоссарии по качеству медицинской помощи приведено следующее определение этого термина: «Управление качеством – часть функций управления в целом, которые определяют и осуществляют политику в области качества. Управление основано на оценке потребностей и степени их удовлетворенности».

Почему деятельность по управлению качеством связывается с деятельностью по повышению эффективности?

Эффективность работы системы определяется отношением полученных результатов к затраченным ресурсам. Основная идея управления качеством – усовершенствование системы для наиболее полного удовлетворения потребностей населения в целом и каждого гражданина в отдельности. Если, при усовершенствовании системы эта цель достигается, то результаты деятельности системы улучшаются. Тем самым, улучшая качество, добиваемся повышения эффективности затрат.

Мировая научная мысль разработала методологические подходы к оценке эффективности здравоохранения. И теперь на повестке дня стоит вопрос об интеграции и совместном использовании различных подходов, что возможно благодаря совпадению их конечных целей и системным представлениям о здравоохранении.

Прежде всего необходимо определить термины и понятия рассматриваемой проблемной области, включая соотношение английских и русских терминов, так как включение России в мировое информационное пространство не позволяет и дальше пользоваться в современных российских публикациях советскими определениями эффективности – «социальная», «медицинская» и «экономическая» эффективность, что абсолютно непонятно для остального мира. И, наоборот, при использовании первоисточников на английском языке важно знать не просто перевод термина, но и принятую в мире его трактовку.

В англоязычной литературе по рассматриваемой проблеме для двух основных терминов употребляется всего два слова, а на русском мы можем употребить семь: *cost* – **затраты, издержки, расходы, стоимость**; *benefit* – **выгоды, результаты, польза**, а для трех английских *efficacy*, *effectiveness*, *efficiency* в русских переводах чаще всего можно встретить одно – **эффективность**. Но по смыслу в сумме это действительно десять различных терминов, которые несут различную смысловую и функциональную нагрузку.

Действенность, сила воздействия (efficacy) – степень, в которой медицинские вмешательства действенны для улучшения здоровья в идеальных (исследовательских, лабораторных) условиях.

Результативность (effectiveness) – степень, в которой медицинские вмешательства результативны для улучшения здоровья в реальных практических условиях.

Эффективность (efficiency) – это отношение результатов к произведенным затратам (затраченным ресурсам).

Прежде всего необходимо отметить, что эффективность всегда *относительна*, т.е., когда мы говорим об эффективности, мы всегда сравниваем два или более альтернативных решения об использовании ограниченных ресурсов. Не может быть абсолютной эффективности, ведь величина этого отношения «результаты/затраты» сама по себе ни о чем не говорит без сравнения с таким же отношением, но характеризующим альтернативное использование ресурсов (другая тактика лечения, применение других диагностических процедур, другая профилактическая программа и т.д.).

Очень важно разъяснить вопрос соотношения таких категорий, как качество и эффективность медицинской помощи.

Качество медицинской помощи (quality of medical care) – совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи имеющимся потребностям пациента (населения), его ожиданиям, современному уровню медицинской науки и технологии.

Характеристики качества медицинской помощи:

- адекватность (appropriateness);
- доступность (availability);
- преемственность и непрерывность (continuity);
- результативность (effectiveness);
- эффективность (efficiency);
- безопасность (safety);
- своевременность (timeliness);
- удовлетворенность (satisfaction);
- стабильность процесса и результата (stability);
- развитие как совершенствование и улучшение (improvement).

Как видно из определения, эффективность – одна из ряда характеристик качества медицинской помощи. Но они тесно взаимосвязаны. Медицинская помощь будет оказана качественно только в том случае, если выбрана наиболее эффективная (результаты/затраты) технология из доказавших свою медицинскую результативность. Но, с другой стороны, выбор из возможных альтернативных технологий самой эффективной возможен при условии получения результатов, соответствующих стандартам качества (т. е. нельзя экономить в ущерб другим характеристикам качества – безопасности, доступности и т.д.).

Функции управления качеством медицинской помощи – его оценка, обеспечение и контроль, поэтому, соответственно, управление одной из составляющих качества, эффективностью, также означает ее оценку, обеспечение и контроль.

Обеспечение эффективности означает принятие решений по альтернативному использованию ресурсов и их реализация. Почему ставится вопрос именно о выборе из возможных альтернатив? Потому что ресурсы всегда ограничены: людские, временные, учрежденческие, оборудование, знания и

др. Ограничен и «продукт» системы здравоохранения – изменения в состоянии здоровья, т.е. вся система может «обеспечить» здоровьем только ограниченно, и встает проблема справедливого «распределения» продукта – «здоровье».

Спор о том, что такое здоровье, продолжается уже несколько десятилетий, и до сих пор нет единого мнения. Поэтому выберем определение, позволяющее установить меру для оценки изменений в здоровье. Не будем говорить об абсолютном здоровье населения, а лишь об относительном изменении показателей здоровья, физического, психического и социального, включая удовлетворенность и полученные пациентами знания о самосохранном поведении и стиле жизни и их применение, как результат взаимодействия с управляемой системой здравоохранения.

Оценить изменения в состоянии общественного здоровья можно как непосредственную пользу для здоровья – через увеличение общей продолжительности жизни и увеличение количества лет с лучшим качеством жизни (QALY) и т.д. или через экономическую выгоду в целом для общества за счет пользы для здоровья – увеличение числа лет жизни без заболеваний и инвалидности (и соответственно уменьшения расходов на медицинскую помощь), сокращение смертности населения трудоспособного возраста и т.д.

Ресурсы системы складываются из уже существующих ресурсов и части общественного продукта, которую общество ежегодно выделяет на поддержание и пополнение ресурсов здравоохранения. Ресурсы всегда ограничены, но для достижения большей эффективности могут быть различные решения о распределении и организации их в структуру.

Различают три аспекта эффективности при принятии решений о ее **обеспечении** (о распределении и затратах ресурсов): технологическая эффективность, эффективность затрат и эффективность инвестиций.

Технологическая эффективность (technical efficiency) – такая организация (технология использования) *существующих* ресурсов, которая позволяет получить *максимальный* результат. Другими словами, ресурсы нельзя терять или они не должны простаивать.

Эффективность затрат (cost-effectiveness efficiency) – достигается при *оптимальном* сочетании полученных результатов и затраченных *ресурсов*.

Для обеспечения эффективности затрат могут решаться прямая и обратная задачи оптимизации: прямая – получение максимального результата при заданных, приемлемых затратах; обратная – при заданном, необходимом, ожидаемом результате – минимизация затрат. Но на практике чаще стремятся одновременно решить обе задачи – и получить максимальный результат и минимизировать при этом затраты. Для всех трех вариантов возможно построение математических моделей, сложность которых возрастает от первой к третьей задаче. Предполагается, что при решении задач эффективности затрат уже решена проблема технологической эффективности использования ресурсов (единица ресурса дает максимально возможный результат, не простаивает).

Эффективность инвестиций (allocative efficiency) – инвестиции и распределение ресурсов для достижения максимального *соответствия* производимых *результатов потребностям* общества. Другими словами, производство

тех товаров и услуг и в таком количестве, которое удовлетворяло бы запросы всех членов общества. Согласно экономической теории, это такое распределение ресурсов, когда любое изменение производства благ в пользу одного члена общества приведет к ухудшению хотя бы одного другого. Иногда это называют «эффективность по Парето».

Для **оценки** эффективности альтернативных программ или медицинских вмешательств применяют следующие методы анализа:

Анализ минимизации затрат (cost-minimization analysis) – метод оценки эффективности альтернативных решений по минимизации затрат в денежном выражении для получения равных (эквивалентных) результатов в улучшении здоровья.

Анализ результативности затрат (cost-effectiveness analysis) – метод оценки эффективности альтернативных решений по соотношению затрат в денежном выражении и результатов изменений в здоровье в количественном, но не в денежном выражении (например, в числе спасенных жизней или количестве дней без заболеваний).

Анализ выгодности затрат (cost-benefit analysis) – метод оценки эффективности альтернативных решений по соотношению затрат и выгоды, представленных в денежном выражении (например, затраченные ресурсы оценены в денежном выражении, но и числу спасенных жизней поставлен в соответствие их денежный эквивалент).

Анализ полезности затрат (cost-utility analysis) – метод оценки эффективности альтернативных решений по соотношению затрат в денежном выражении и пользы для населения в единицах его благополучия (например, в единицах QALY – годы жизни с поправкой на качество жизни).

Приведем также два определения, которые нужны при рассмотрении оценки и обеспечения медицинской помощи на уровне взаимодействия «врач – пациент»:

Группы пациентов (groups of patients) – это совокупность пациентов, классифицируемая с учетом исходного состояния и достижения сходных результатов лечения.

Формализованное руководство (guidelines) – это формализованное описание технологического процесса профилактики, диагностики, лечения и реабилитации отдельных групп пациентов, отвечающее на вопросы: кому, что, как, где и с какой целью должно выполняться.

Рассмотрим, как соотносятся методы оценки, обеспечения и контроля эффективности здравоохранения (таблица).

Первая строка таблицы – организация на уровне взаимодействия «врач – пациент» медицинской помощи конкретному пациенту (или группе пациентов) с определенным заболеванием или состоянием. Обеспечение **технологической эффективности** медицинской помощи означает такую ее организацию, когда пациенту или группе пациентов предоставляется необходимая и достаточная помощь, при этом ресурсы загружены максимально. В этом случае стандартизация в медицине – только там, где это оправдано и правомочно, а именно: если состояние пациента не вызывает сомнений и технологичность медицинской помощи при таком состоянии общепризнанна и формально

Оценка, обеспечение и контроль эффективности здравоохранения

Методы оценки эффективности	Контроль эффективности	Обеспечение эффективности	Уровни управления здравоохранением
1. Анализ минимизации затрат (АМЗ)	Полученные медицинские результаты/затраты в сравнении с нормативными	Обеспечение технологической эффективности	Медицинская помощь пациенту (группам пациентов)
2. Анализ эффективности затрат (АЭЗ)	Улучшение физического и психического здоровья / затраты в сравнении с лучшими или средними показателями	Обеспечение эффективности затрат	Здравоохранение для обслуживаемого населения
3. Анализ выгоды затрат (АВЗ)	Стоимость сохраненного физического и психического здоровья / затраты в сравнении с выгодой от других программ	Обеспечение эффективности инвестиций	Здравоохранение как сектор экономики региона, страны
4. Анализ полезности затрат (АПЗ)	Улучшение физического, психического и социального благополучия населения/затраты в сравнении с другими решениями	Обеспечение эффективности инвестиций	Все уровни

утверждена. В противном случае, когда случай не стандартный, врач принимает индивидуальное решение.

Если возможно выделить такую группу пациентов (с учетом их пола, возраста, заболевания, его тяжести, возможности достижения схожих результатов), для которой доказана результативность стандартной технологии оказания медицинской помощи, и если доказано, что из нескольких альтернативных результативных технологий именно эта обеспечивает лучшее соотношение «результаты/затраты», то именно такой способ оказания медицинской помощи будет технологически эффективным. Необходимо отметить, что для этого стандарта технологии, который предлагается называть формализованным руководством, возможно определить и ресурсы (они войдут в затраты), и их взаимную организацию, и собственно технологию процесса, включая предусмотренные переводы пациента по этапам помощи, и количественно определить ожидаемые результаты изменения состояния здоровья пациента. Подчеркнем, что на этом этапе включили в рассматриваемые результаты только клинические результаты для пациента.

Обеспечение технологической эффективности возможно не только в целом для всей цепи помощи пациенту в соответствии с формализованным руководством, но и для отдельных этапов помощи, операций, процедур, отдельных медицинских услуг. Но при этом всегда должны рассматриваться и затрачиваемые ресурсы, и технологии, и промежуточные результаты для пациента на отдельных этапах помощи.

Для **оценки** технологической эффективности можно использовать метод **Анализа минимизации затрат**. Понятно, что для каждой группы пациентов или пациента известен ожидаемый результат (числитель дроби не меняется – он задан), тогда АМЗ покажет ту альтернативную технологию с обеспечивающими ее ресурсами, которая формирует наименьший знаменатель, а, значит, наиболее технологически эффективную.

Для оценки и контроля технологической эффективности возможно использовать отношение показателей соответствующих клинических результатов и затрат ресурсов. Технологическая эффективность должна оцениваться при сертификации и лицензировании ЛПУ.

Вторая строка таблицы – оценка, обеспечение и контроль эффективности на каждом уровне медицинской помощи, получающем извне определенные ресурсы. Таким образом, мы рассматриваем функцию здравоохранения как сектора экономики государства, имеющего свою строку в бюджете, или органа управления здравоохранением и Фонда ОМС, получающих из местного бюджета и налогов определенные финансы, или ЛПУ, получающего финансирование из бюджета и Фонда ОМС (и, конечно, они все уже имели какие-то ресурсы) по эффективному распределению выделенных ресурсов для удовлетворения потребности населения в медицинской помощи – функцию **обеспечения эффективности затрат**.

При этом очень важно в качестве целевого критерия задать именно удовлетворение потребности населения в медицинской помощи, а не предоставление медицинских услуг. Ведь медицинские услуги – это тоже результат медицинской деятельности (output – *англ.*, выход продукции), но со стороны ЛПУ. Если в числитель дроби поставить медицинские услуги, а в знаменатель затраты, то можно обеспечить очень высокую эффективность производства медицинских услуг, а здоровье населения от этого может не улучшиться. Но если в числителе будут показатели результатов изменения здоровья пациентов (outcomes – *англ.*, результаты для пациентов) после оказания медицинской помощи, включая профилактические мероприятия, а в знаменателе затраты, вот тогда можно обеспечивать эффективность затрат путем выбора из альтернативных решений: кому, какую, где, какими ресурсами обеспечивать медицинскую помощь для улучшения здоровья с минимизацией затрат.

Для **оценки** эффективности затрат используется метод, имеющий такое же название, – **Анализ эффективности затрат**. В этом методе в числителе дроби учитываются результаты изменения здоровья пациента в единицах «здоровья» – сохраненные годы жизни, сокращение дней болезни, предотвращение заболевания, улучшение состояния и т.д. Денежная оценка этих единиц в этом виде анализа не имеет значения (в отличие от **Анализа выгоды затрат**), т.е. спасенный год жизни имеет тот же вес и для ребенка и для пожилого человека, несмотря на большую потенциальную выгоду для общества от будущей трудовой деятельности ребенка. Этот вид анализа больше импонирует врачам, так как от них не требуется делать никакого выбора между пациентами, а ожидается лишь высокопрофессиональное выполнение работы по отношению к каждому пациенту. В знаменателе дроби – денежный эквивалент затраченных ресурсов.

Руководитель здравоохранения, анализирующий альтернативные решения для **обеспечения** эффективности затрат (как видно из приведенного выше определения), решает задачу оптимизации: как добиться максимальных результатов для здоровья обслуживаемого населения и как для этого распределить имеющиеся ресурсы. В этих условиях руководитель «свободен» от необходимости оценивать *социальные* различия ожидаемых медицинских результатов, для него задача одна – как максимально удовлетворить потребность населения в медицинской помощи, максимально улучшить его здоровье, имея ограниченные ресурсы и ограниченные средства для поддержания и развития нужных ресурсов.

Контроль и оценка эффективности затрат должны осуществляться путем сравнения относительных показателей изменений в здоровье обслуживаемого населения к затратам на медицинскую помощь ЛПУ или территориальных объединений с аналогичными показателями учреждений или регионов, добившихся наибольших успехов. Минимальный уровень управления, который можно контролировать по эффективности затрат, тот, в компетенции которого находится право перераспределения ресурсов и ответственность за здоровье населения. Соответственно, для **обеспечения** эффективности необходимо предоставить права и ответственность институтам, находящимся как можно на более низком уровне управления.

Третья строка таблицы – оценка, обеспечение и контроль эффективности здравоохранения как сектора экономики страны, субъекта Федерации, района. На этом уровне требуется **обеспечить эффективность инвестиций**. Метод, применяемый для оценки и анализа, – **Анализ выгодности затрат**. Результаты альтернативных решений измеряются в денежном эквиваленте, т.е. продленные годы трудовой жизни оцениваются через стоимость общественного продукта, который потенциально может произвести спасенный пациент, выход больного на инвалидность отрицательно оценивается в величине недопроизведенного им и членами его семьи, которые будут за ним ухаживать, общественного продукта. Для оценки и контроля эффективности инвестиций измеряют соотношение стоимости сохраненного физического и психического здоровья и затрат на здравоохранение – контролируется соотношение затрат в сравнении с другими секторами для поддержания трудового потенциала. Уровни этого контроля и, прежде всего, самоконтроля – уровни власти, где формируются бюджетные статьи. Задача науки при этом показать, что вложенные в программу профилактики средства принесут большую пользу для экономики региона, чем программа озеленения – без соответствующих расчетов это не очевидно.

Четвертая строка таблицы – политический вопрос, включать ли в оцениваемые, планируемые, обеспечиваемые, контролируемые результаты все аспекты здоровья населения, в том числе и социальное благополучие, или только физическое здоровье? С одной стороны, это зависит от экономических успехов общества, с другой – от его политической зрелости.

Увеличения инвестиций в здравоохранение можно требовать только тогда, когда обеспечена и технологическая эффективность использования имеющихся ресурсов, и доказано, что затраты произведены с максимально возможной затрат-

ной эффективностью. Тогда будет обеспечена и **эффективность инвестиций** в здравоохранение.

Метод оценки при таком подходе – **Анализ полезности затрат**, а оценка и контроль – по соотношению показателей улучшения физического, психического и социального благополучия населения к произведенным затратам в сравнении с аналогичными соотношениями в среднем по России или в регионах, добившихся лучших результатов.

Уровень применимости **Анализа полезности затрат** может быть любой, начиная с врача. Врач реально на практике применяет АПЗ, ставя в знаменатель свои собственные ресурсы (например, время работы) – разделение времени между профилактическими мероприятиями и лечебными, между посещением пациента на дому и вызовами на прием в поликлинику, а в числитель, кроме желаемого улучшения состояния здоровья пациента, еще и пользу от визита врача на дом к пациенту, которому трудно передвигаться, или пользу для жителей дома с «погашенным» профилактическими мерами очагом инфекции от предотвращенного заболевания.

Также и руководители среднего звена могут определить момент, когда от **Анализа эффективности затрат** возможно перейти к **Анализу полезности затрат** для обеспечения достижимого уровня качества медицинской помощи, включая эффективность. Но на региональном уровне (субъекта федерации, муниципальном) в любых экономических условиях решение о распределении инвестиций принимается только на основе проведения АПЗ.

На региональном уровне при управлении эффективностью использования ресурсов для обеспечения качества решаются вопросы **эффективности затрат** для целей улучшения здоровья населения. Принимаются решения о перепрофилировании коек, об открытии отделений дневного пребывания, закрытии некоторых подразделений. Все эти вопросы действительно должны рассматриваться как альтернативы (ничего не менять – это тоже альтернативный вариант решения), просчитываться и анализироваться. Очевидные решения или решения с точки зрения здравого смысла часто не лучшие при тщательных расчетах. На городском или районном уровне должна учитываться такая характеристика качества, как ответственность, и она должна включаться в расчеты по технологиям и ресурсам.

На уровне учреждения управление ресурсами для обеспечения технологической эффективности не должно тормозиться механизмом финансирования, ЛПУ не должны терять в финансировании при переводе групп больных на амбулаторное лечение из стационара. Финансирование по койко-дням не предоставляет такой возможности.

Внутри учреждения стимулирование медперсонала к популяционному, а значит, ресурсосберегающему мышлению возможно при оценке и оплате труда и по объему, и качеству, и по показателям эффективности. И эти показатели трудно отделить друг от друга – при оценке эффективности нужно учитывать качество, так как предоставление медицинской помощи лучшего качества приводит к увеличению ее потребления, и, наоборот, при низком качестве, пациент перестает приходить к врачу. Что и произошло. Пациенты с острыми нетяжелыми заболеваниями, имея невысокое мнение о профессиональных возможностях участковых терапевтов, отказываются от визита к ним до тех пор, пока их состояние не утяжеляется. В итоге и медицинская помощь усложняется и удорожается.