

УДК 614.2

DOI 10.24411/2312-2935-2020-00060

ПОКАЗАТЕЛИ ДЛЯ ОЦЕНКИ ПРОГРАММ В ОБЛАСТИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В.И. Перхов

ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва

ФГБОУВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Инициированные Президентом России В. Путиным задачи по модернизации первичного звена здравоохранения, поправки в Конституцию Российской Федерации, дополняющие функции органов местного самоуправления деятельностью по обеспечению, обуславливают необходимость повышения эффективности управления в здравоохранении. Управление формирует возможность системы справиться с повседневными проблемами здравоохранения, а также реализовать новые политические задачи. В этой связи возрастает значимость количественной оценки результатов реализации программ в области здравоохранения.

Цель работы: Оказание методической поддержки лицам, занимающим управленческие должности в здравоохранении по вопросам выбора и использования показателей для разработки и оценки программ в области общественного здравоохранения.

Материалы и методы. Использованы методы контент-анализа, информационные и аналитические материалы российских и зарубежных информационных агентств, экспертные оценки, аналитические материалы и статистические данные Федеральной службы государственной статистики, международная база данных «OECD.Stat».

Результаты. Представлен перечень показателей, классифицированных в группы, отражающих ресурсную оснащённость медицинских организаций, доступность видов медицинской помощи, а также техническую эффективность. Обосновывается целесообразность использования понятия «техническая эффективность», вместо «экономическая эффективность», предлагается оценивать не качество, а «полезность медицинской помощи», как невещественного социального блага для отдельного индивидуума.

Выводы. Модернизация первичного звена здравоохранения, поправки в Конституцию Российской Федерации о доступности и качестве медицинской помощи, перспективы восстановления муниципальных органов исполнительной власти в сфере здравоохранения, обуславливают необходимость продвижения способов управления, основанных на фактических данных. Эти способы должны быть основаны на важнейших ресурсных, процессных и итоговых показателях медицинской деятельности, обеспечивающих прозрачность и ответственность при принятии и реализации управленческих решений.

Ключевые слова: оценка здравоохранения; эффективность, доступность и качество медицинской помощи; модернизация первичного звена здравоохранения; первичная медико-санитарная помощь.

INDICATORS FOR ASSESSMENT OF PROGRAMS IN THE FIELD OF PUBLIC HEALTH CARE

V.I. Perkhov

Federal state budgetary institution "Central research Institute organization and informatization of health care" Ministry of health of Russia, Moscow

GBOWO "Russian national research medical University named after N. And. Pirogov" Ministry of health of Russia, Moscow

Relevance. The tasks of modernization of primary link of health care initiated by the President of Russia V. Putin, the amendments to the Constitution of the Russian Federation supplementing functions of local governments with activities for providing cause need of increase in management efficiency for health care. Management forms a possibility of a system to cope with daily problems of health care and also to implement new political tasks. In this regard the importance of quantitative assessment of results of implementation of programs in the field of health care increases.

Work purpose: Rendering methodical support to the persons holding administrative positions in health care concerning the choice and use of indicators for development and assessment of programs in the field of public health care.

Materials and methods. Content analysis methods, information and analytical materials of the Russian and foreign news agencies, expert estimates, analytical materials and statistical data of Federal State Statistics Service, the international database of OECD.Stat are used.

Results. The list of the indicators classified in groups, reflecting resource equipment of the medical organizations, availability of types of medical care and also technical efficiency is provided. The expediency of use of the concept "technical efficiency", instead of "cost efficiency" is proved, it is offered to estimate not quality, but "usefulness of medical care" as immaterial social benefit for a certain individual.

Conclusions. Modernization of primary link of health care, the amendment to the Constitution of the Russian Federation about availability and quality of medical care, the prospect of restoration of municipal executive authorities in the field of health care, cause need of advance of the ways of forming of policy based on actual data in the field of health care and also to comprehensively estimate results of implementation of various programs in health care. These ways have to be based on the major resource, process and totals of medical activity, to be reflected in the state information and analytical systems and statistical forms.

Keywords: health care assessment; efficiency, availability and quality of medical care; modernization of primary link of health care; primary health care.

Введение. Постановлением Правительства РФ от 9 октября 2019 г. № 1304 «Об утверждении принципов модернизации первичного звена здравоохранения Российской Федерации и Правил проведения экспертизы проектов региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения, осуществления мониторинга и контроля за реализацией региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения» утверждены четыре основных принципа модернизации первичного звена здравоохранения страны: 1) доступность и качество первичной медико-санитарной помощи и медпомощи, оказываемой в

сельской местности, рабочих поселках, поселках городского типа и малых городах с населением до 50 тыс. человек; 2) приоритет интересов пациента, а также соблюдение прав граждан при оказании первичной медико-санитарной помощи и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий; 3) приоритет профилактики заболеваний; 4) ответственность органов и должностных лиц за обеспечение прав пациентов.

До 1 июля 2020 г. регионы должны принять собственные программы модернизации первичного звена здравоохранения. Проекты программ будут проходить экспертизу. Установлены правила ее проведения. Также закреплён порядок мониторинга и контроля за реализацией программ. Правительством определены мероприятия по реализации принципов, ожидаемые результаты, сроки и ответственные исполнители, которые должны будут обеспечить разработку оптимальных схем размещения медицинских организаций, пересмотреть систему оплаты труда медработников, заменить устаревшее оборудование, увеличить штат врачей.

В соответствии с письмом Минздрава России от 15.11.2019 г. № 17-9/10/2-176 «О направлении методических рекомендаций по разработке региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения» органы власти в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации должны разработать региональные программы модернизации первичного звена здравоохранения. Такая программа должна содержать: паспорт; информацию о региональных органах, ответственных за достижение каждой поставленной цели и задачи; перечень и описание программных мероприятий, в т. ч. сроки их выполнения и ресурсное обеспечение; описание системы управления реализацией программы, включая распределение полномочий и ответственности между участниками; план мероприятий по реализации программы; сведения о целях и задачах программы; схемы размещения и паспорта медицинских организаций - участников программы.

В своем Послании Федеральному Собранию-2020 президент России Владимир Путин анонсировал выделение за период с 2020 по 2024 гг. 550 млрд рублей из федерального бюджета на модернизацию первичного звена здравоохранения. Таким образом, запущены механизмы, которые, по мнению властей, должны улучшить состояние здоровья населения на основе реально доступной медицинской помощи и повышения качества медицинских услуг.

Согласно поправкам, предложенным Президентом РФ в Конституцию Российской Федерации, в совместном ведении Российской Федерации и субъектов Российской Федерации находятся обеспечение оказания доступной и качественной медицинской помощи, сохранение

и укрепление общественного здоровья, создание условий для ведения здорового образа жизни, формирования культуры ответственного отношения граждан к своему здоровью (статья 72). На наш взгляд, это очень важная норма, восстанавливающая право граждан на качественную (квалифицированную) медицинскую помощь, которое в 1993 году было исключено из Конституции РСФСР (статья 40) при принятии новой Конституции РФ (статья 41). Важно также отметить что функции органов местного самоуправления дополнены деятельностью по обеспечению в пределах своей компетенции доступности медицинской помощи, что может означать восстановление муниципальной системы здравоохранения и пересмотр полномочий органов власти в управлении здравоохранением. В этой связи возрастает значимость количественной оценки результатов реализации программ в области здравоохранения, включая программу по модернизации первичного медицинского звена.

Цель работы: оказание методической поддержки лицам, занимающим управленческие должности в здравоохранении по вопросам выбора и использования показателей для разработки и оценки программ в области общественного здравоохранения.

Материалы и методы. Использованы методы контент-анализа, информационные и аналитические материалы российских и зарубежных информационных агентств, экспертные оценки, аналитические материалы и статистические данные Федеральной службы государственной статистики, международная база данных «OECD.Stat».

Результаты. В самом общем виде, управление – это систематическое принятие и реализации решений. Эффективное управление системой здравоохранения означает способность и готовность реагировать на различные хорошо задокументированные и проанализированные проблемы, с которыми сегодня сталкиваются системы здравоохранения. Поэтому одной из важнейших управленческих задач является не только выбор критериев оценки деятельности системы здравоохранения, но и разработка, а также обеспечение исполнения планов по затратам и результатам, основанных на статистических показателях.

Ниже приведен вариант перечня наиболее важных, по нашему мнению, показателей, классифицированных по группам, отражающих доступность медицинской помощи, оказываемой гражданам бесплатно, обеспеченность здравоохранения ресурсами (финансовыми, материальными, кадровыми), а также эффективность деятельности.

1. Показатели доступности оказываемой бесплатно медицинской помощи (на 1000 населения):

1.1. Число посещений в поликлиниках.

1.2. Число случаев госпитализации в круглосуточных стационарах.

1.3. Число случаев лечения в дневных стационарах.

1.4. Число вызовов скорой медицинской помощи.

1.5. Число случаев госпитализации для медицинской реабилитации.

1.6. Число койко-дней для оказания паллиативной медицинской помощи.

2. Показатели обеспеченности здравоохранения ресурсами:

2.1. Подушевые расходы консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации на здравоохранение.

2.2. Подушевые расходы средств обязательного медицинского страхования.

2.3. Подушевые расходы населения на получение платных медицинских услуг.

2.4. Подушевые расходы населения на приобретение медикаментов и изделий медицинского назначения в аптеках.

2.5. Подушевые суммарные показатели финансирования здравоохранения из всех источников.

2.6. Удельный вес государственных расходов на здравоохранение в структуре валового регионального продукта (ВРП).

2.7. Удельный вес негосударственных расходов (включая личные расходы граждан) на здравоохранение в структуре ВРП.

2.8. Обеспеченность населения больничными койками для оказания специализированной, в том числе высокотехнологично медицинской помощи (на 1000 населения).

2.9. Обеспеченность населения местами в дневных стационарах (на 1000 населения);

2.10. Обеспеченность населения мощностями амбулаторно-поликлинических учреждений (число посещений на 1000 населения).

2.11. Обеспеченность населения скорой медицинской помощью (число бригад скорой помощи на 1000 населения).

2.12. Обеспеченность населения койками реабилитационных отделений (на 1000 населения).

2.13. Обеспеченность населения койками для оказания паллиативной медицинской помощи (на 1000 населения).

2.14. Износ основных фондов (всего, в том числе активной части в %).

2.15. Фондооснащенность больничной койки (стоимость в рублях пассивной и активной части основных фондов в расчете на 1 койку).

2.16. Фондовооруженность труда врачебного персонала (стоимость в рублях активной части основных фондов в расчете на 1 врача).

2.17. Обеспеченность населения врачами (на 10 тыс. населения), всего, в том числе: в амбулаторно-поликлинических учреждениях и круглосуточных стационарах.

2.18. Обеспеченность населения средним медицинским персоналом (на 10 тыс. населения), всего, в том числе: в амбулаторно-поликлинических учреждениях и круглосуточных стационарах.

3. Техническая эффективность использования ресурсов:

3.1. Фондоотдача (отношение объема фактически оказанной за год медицинской помощи к стоимости активной части основных фондов (средств труда, непосредственно участвующих в процессе оказания медицинской помощи)).

3.2. Фондовооруженность (отношение стоимости основных фондов здравоохранения к числу медицинских работников).

3.3. Фондоёмкость (отношение стоимость активной части основных фондов к стоимости объёма фактически оказанной за год медицинской помощи).

3.4. Объем нагрузки врачей амбулаторно-поликлинических учреждений (число посещений в год на 1-го врача).

3.5. Объем нагрузки врачей стационарных учреждений (число случаев госпитализации на 1-го врача).

Обсуждение результатов. В российском здравоохранении реализуется одновременно множество программ: государственная программа «Развитие здравоохранение», программа государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи, базовая программа обязательного медицинского страхования, территориальные программы обязательного медицинского страхования и другие. Каждая имеет целевые показатели (индикаторы). Например, государственной программой «Развитие здравоохранения» определен перечень целевых показателей, характеризующих здоровья граждан Российской Федерации. Многие из этих целевых показателей систематически не достигаются [1]. Одна из причин – наличие более мощных, чем состояние здравоохранения, факторов, влияющих, на здоровье и продолжительность жизни населения. Существует поведенческие и биомедицинские факторы риска, которые влияют на здоровье людей. Отдельные особенности человека, такие как возраст, пол и генетика также влияют на здоровье [2]. Поэтому многие показатели, используемые в существующих нормативных актах для оценки программ в здравоохранении

мы не рассматриваем. В данной статье мы также принципиально не рассматриваем показатели, которые могли быть использованы для оценки и планирования показателей качества медицинской помощи и экономической эффективности.

В здравоохранении и в медицинской практике квалиметрия весьма затруднена [3]. По нашему мнению, качество медицинской помощи – это в основном философская категория. Основные критерии качества медицинской помощи, такие как, своевременность, правильность выбора технологии, степени достижения запланированного результата (статья 2 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»), отличаются крайней неопределенностью и сформулированы для оценок на бытовом или рекламном уровне («хорошо-плохо», «лучше-хуже», «выше-ниже»). В результате, при существующем определении, качество медицинской помощи не может являться объектом управления (менеджмента), на который можно целенаправленно воздействовать в целях поддержания его в заданных рамках.

Результаты экспертизы качества медицинской помощи всегда субъективны, так как определяются «качеством» (квалификацией) самого эксперта, который к тому же не несет ни гражданской ни уголовной ответственности за результаты оказания медицинской помощи. При этом все без исключения унификаты (эталоны) медицинской помощи (стандарты, клинические рекомендации, (протоколы ведения пациента) не являются обязательными к применению в клинической практике.

В связи с бесконечным разнообразием клинических случаев, понятия качества медицинской помощи неполны, многообразны, неточны, но в каждом случае качество, это совокупность свойств и характеристик медицинской продукции (медицинской услуги или помощи), которые придают им способность удовлетворять потребности пациента. То есть фактически можно говорить о полезности медицинской продукции для человека, а не о её качестве.

Качество медицинской помощи неразрывно связано с понятием «процесс оказания медицинской помощи», которое означает совокупность взаимосвязанных ресурсов и деятельности, которая преобразует входящие элементы в выходящие (к ресурсам могут относиться: основные средства, персонал, оборудование, технологии и методы, информация, денежные ресурсы). Поэтому, чем больше дорогостоящих входящих элементов используется для оказания медицинской помощи определенного объема, тем более высокое её «качество» можно ожидать. В реальной жизни это не всегда так, в том числе по причине мздоимства врачей и коррупции, распространенной среди руководителей государственных медицинских организаций [4,5].

Основные количественные индикаторы экономической эффективности (например, сохраненные годы жизни и расходы на каждый такой год, исходы заболеваний и расходы на достижение таких исходов, ожидаемая продолжительность жизни и расходы на здравоохранение) очень трудно верифицировать. При количественной оценке экономической эффективности пока еще невозможно определить, что является прямым следствием мер по охране здоровья или результатом оказания медицинской помощи. Кроме того, профилактика и медицинские вмешательства, направленные на улучшение здоровья, могут экономить деньги за счет уменьшения тяжести заболевания. При этом они также могут увеличивать расходы за счет сохранения и увеличения продолжительности жизни и числа пожилых людей.

Например, профилактика ожирения является целью здравоохранения во многих странах. Ожирение увеличивает риск таких заболеваний, как диабет и ишемическая болезнь сердца, тем самым увеличивая использование ресурсов здравоохранения, но сокращая продолжительность жизни. Эффективная профилактика ожирения приводит к снижению затрат на заболевания, связанные с ожирением. Но это снижение компенсируется увеличением затрат из-за болезней, не связанных с ожирением, в сохраненные годы жизни. Другой пример – курильщики, которые в действительности экономят обществу деньги, поскольку они умирают относительно молодыми, в то время, как не курящие страдают в пожилом возрасте от хронических заболеваний и это приводит к тому, что возникают гигантские затраты на их лечение [6].

Поэтому, с нашей точки зрения, более предпочтительной является такая оценочная категория, как «техническая эффективность использования материальных ресурсов», или «производительность» в здравоохранении. В данной статье приводится для примера всего пять индикаторов этого вида эффективности, хотя их может быть и больше. Основная польза от оценки технической эффективности - это поддержание величины материальных ресурсов медицинской организации на экономически обоснованном уровне. Безусловно, использование любых показателей потребует проведение сопоставительного анализа – по времени (в динамике) в отношении одного и того же объекта исследования (страна, регион, медицинская организация) или за один и тот же период в отношении разных объектов (регион и страна, медицинские организации в разных регионах, сравнение разных регионов).

Заключение. Модернизация первичного звена здравоохранения, поправки в Конституцию Российской Федерации о доступности и качестве медицинской помощи, перспективы восстановления полномочий муниципальных органов исполнительной власти в сфере здравоохранения, обуславливают необходимость продвижения способов управления,

основанных на фактических данных. Эти данные должны отражать важнейшие ресурсные, процессные и итоговые показатели медицинской деятельности, обеспечивать прозрачность и ответственность при принятии и реализации управленческих решений.

Список литературы

1. Линденбратен А. Л. и др. Анализ эффективности инновационных процессов в условиях реализации государственной программы «Развитие здравоохранения». Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2016;6(24)
2. Бойцов С.А., Самородская И.В. Факторы, влияющие на показатели смертности и ожидаемую продолжительность жизни. Аналитический вестник Совета Федерации Федерального Собрания РФ. 2015;44:19-42
3. Беденко Н. Н., Христенко М. А. Управление качеством в здравоохранении. Проблемы управления социально-экономическими системами: теория и практика. 2019:133-138
4. Тихомиров А. В. Коррупция в здравоохранении. Главный врач: хозяйство и право. 2009;6:32-37
5. Салагай О. О. Противодействие коррупции в сфере здравоохранения: политико-правовой аспект. Здравоохранение Российской Федерации. 2009;6:3-8
6. Pieter H. M. van Baal; Johan J. Polder; G. Ardine de Wit; Rudolf T. Hoogenveen; Talitha L. Feenstra; Hendriek C. Boshuizen; Peter M. Engelfriet; Werner B. F. Brouwer. Lifetime Medical Costs of Obesity: Prevention No Cure for Increasing Health Expenditure. PLoS Med. 2008;5(2): 29

References

1. Lindenbraten A. L. i dr. Analiz effektivnosti innovacionnyh processov v usloviyah realizacii gosudarstvennoj programmy «Razvitie zdavoohraneniya»[Analysis of the effectiveness of innovative processes in the implementation of the state program " health Development«]. Problemy social'noj gigieny, zdavoohraneniya i istorii mediciny [Problems of social hygiene, health care and the history of medicine]. 2016;6(24) (in Russian)
2. Bojcov S.A., Samorodskaya I.V. Faktory, vliyayushchie na pokazateli smertnosti i ozhidaemuyu prodolzhitel'nost' zhizni [Factors affecting mortality rates and life expectancy]. Analiticheskij vestnik Soveta Federacii Federal'nogo Sobraniya RF[Analytical Bulletin of the Federation Council of the Federal Assembly of the Russian Federation]. 2015;44:19-42 (in Russian)

3. Bedenko N. N., Hristenko M. A. Upravlenie kachestvom v zdavoohranenii [Quality Management in healthcare]. Problemy upravleniya social'no-ekonomicheskimi sistemami: teoriya i praktika [Problems of management of socio-economic systems: theory and practice]. 2019:133-138 (in Russian)
4. Tihomirov A. V. Korrupciya v zdavoohranenii [Corruption in the health care]. Glavnyj vrach: hozyajstvo i parvo [General physician: economy and law]. 2009;6:32-37 (in Russian)
5. Salagaj O. O. Protivodejstvie korrupcii v sfere zdavoohraneniya: politiko-pravovoj aspekt [Anti-corruption In the sphere of healthcare: political and legal aspect]. Zdavoohranenie Rossijskoj Federacii [Healthcare of the Russian Federation]. 2009;6:3-8 (in Russian)
6. Pieter H. M. van Baal; Johan J. Polder; G. Ardine de Wit; Rudolf T. Hoogenveen; Talitha L. Feenstra; Hendriek C. Boshuizen; Peter M. Engelfriet; Werner B. F. Brouwer. Lifetime Medical Costs of Obesity: Prevention No Cure for Increasing Health Expenditure. PLoS Med. 2008;5(2): 29

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Acknowledgments. The study did not have sponsorship.

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interest.

Сведения об авторе

Перхов Владимир Иванович - доктор медицинских наук, главный научный сотрудник ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва, ул. Добролюбова, 11, профессор кафедры управления, экономики здравоохранения и медицинского страхования Факультета дополнительного профессионального образования ФГБОУВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва, Россия, ул. Островитянова, 1, e-mail: perkhov@mednet.ru; ORCID 0000-0002-4134-3371, SPIN-код: 5876-5102

Information about authors

Perkhov Vladimir - doctor of medical Sciences, chief researcher of the fgbi "Central scientific-research Institute of organization and informatization of health" Ministry of health of Russia, Moscow, Dobrolyubova str, 11, Professor, Department of management, Economics of health and health insurance of the faculty of supplementary professional education of GBOWO "Russian national research medical University named after N. And. Pirogov" Ministry of health of Russia, Moscow, Russia, Ostrovityanova str., 1, e-mail: perkhov@mednet.ru; ORCID 0000-0002-4134-3371, SPIN: 5876-5102

Статья получена: 01.04.2020 г.
Принята в печать: 01.09.2020 г.