

А.Л. Александрова, А.Ю. Колесник, М.В. Якимович

**Методика мониторинга результативности услуг
здравоохранения на муниципальном уровне**

Материал подготовлен при поддержке

Агентства США по международному развитию (USAID)

2005

Настоящая методика разработана с целью содействия муниципальным образованиям в организации мониторинга системы оказания медицинских услуг. Регулярный сбор данных о деятельности системы здравоохранения призван обеспечивать муниципальные органы управления здравоохранением информацией о качестве медицинских услуг, а также их социальной и экономической эффективности. В работе рассматриваются различные подходы к разработке индикаторов результативности услуг здравоохранения, сбору данных, планированию обследований производителей и потребителей медицинских услуг и оценке качества в сфере здравоохранения. Применение единой формализованной методологии сбора показателей функционирования муниципальной системы здравоохранения позволяет создать единую информационную базу, которая может использоваться при принятии управленческих решений, оценке эффективности реализуемых в отрасли программ и проведении различных исследований.

Оглавление

Введение	5
Раздел 1. Внедрение системы мониторинга услуг здравоохранения	7
Стратегическое планирование и разработка проекта мониторинга	7
Оценка результативности медицинских программ	7
Определение целей, задач и показателей результативности	8
Рамки и предмет программы мониторинга	9
Проектирование и построение системы мониторинга	12
Логическая схема процессов планирования, мониторинга и оценки	22
Индикаторы	23
Раздел 2. Сбор данных	30
Определение требований к данным	30
Источники и инструменты сбора данных	31
Виды источников сбора данных	34
Качество данных	35
Управленческая информация и система отчётности	35
Российская система медицинской статистики	36
Целевая группа исследования	37
Основные подходы к планированию выборок	39
Построение выборки	41
Методы сбора информации	47
Методы сбора информации: оценка ресурсов и затрат	52
Выбор источников и инструментов сбора данных	54
Оптимизация ввода данных	55
Периодичность мониторинга	55
Количественные и качественные методы сбора данных	55
Требования к данным и методам оценки	57
Оценка стоимости мониторинга	57
Раздел 3. Результативность услуг здравоохранения	59
Эффективность	59
Качество медицинских услуг	61
Мониторинг экономической эффективности	62
Метод минимизации затрат	64
Анализ «затраты-результативность»	65
Анализ «затраты-выгода»	66
Анализ «затраты-полезность»	66
Раздел 4. Совершенствование механизмов мониторинга и оценки	71
Совершенствование механизмов обратной связи	72
Стимулирование участия в мониторинге и оценке	74

Компас клинических целей медицинского учреждения	75
Приложение. Примерный список вопросов анкет для пациентов медицинских учреждений	76

Введение

Настоящая методика содержит в себе описание методологии и основных моделей, на которых основывается система мониторинга и оценки в здравоохранении. В методике рассмотрены различные подходы к сбору информации, проведению обследований поставщиков и потребителей медицинских услуг, построению индикаторов и оценке результативности медицинских услуг.

Предлагаемая методика призвана содействовать органам местного самоуправления в ходе разработки системы сбора информации о ключевых показателях деятельности системы здравоохранения и оценке социальной и экономической эффективности медицинских услуг. Проведение регулярного мониторинга услуг здравоохранения позволяет создать информационную базу, которая может использоваться муниципальными органами управления здравоохранением для оптимизации своей деятельности, выявления областей неэффективного использования общественных средств и своевременного устранения выявленных недостатков. Единая система муниципальной статистики может также служить для информирования населения об эффективности проводимой политики в сфере здравоохранения.

Использование настоящей методики позволяет проводить оценку результативности услуг на основании ряда индикаторов, отражающих медицинскую, социальную и экономическую составляющую медицинской помощи.

В работе рассматриваются следующие основные вопросы:

- определение целей и задач мониторинга;
- разработка логической схемы мониторинга;
- формулировка и выбор подходящих индикаторов;
- выбор источников и методов сбора данных;
- составление плана мониторинга и оценки;
- использование полученных результатов при оценке результативности

медицинских услуг.

В разделе 1 обсуждаются вопросы введения системы мониторинга услуг здравоохранения с точки зрения определения ключевых индикаторов, их отслеживания с течением времени и по территориальной распространенности и

выявления происходящих изменений. Подробно рассматриваются вопросы планирования системы мониторинга.

В разделе 2 рассматриваются основные инструменты и источники данных мониторинга. Приводится обзор основных методов, применяемых при сборе информации. Обсуждаются вопросы планирования целевых групп для исследования поставщиков и потребителей медицинских услуг.

Раздел 3 посвящён вопросам оценки эффективности и качества медицинских услуг, там же представлены методы мониторинга экономической эффективности.

В разделе 4 рассмотрены вопросы совершенствования механизмов мониторинга и оценки результативности услуг здравоохранения.

Раздел 1. Внедрение системы мониторинга услуг здравоохранения

Мониторинг результативности услуг здравоохранения представляет собой периодический процесс сбора информации с целью определения того, насколько эффективно реализуются программы оказания медицинской помощи на различных уровнях, какие при этом происходят изменения и какие издержки сопряжены с указанными процессами. Мониторинг должен проводиться регулярно, например ежемесячно, ежеквартально или ежегодно. Это позволит управляющим органам совершенствовать процесс планирования стратегических решений и корректировать проводимую политику в случае возникновения ошибок, различных ограничений и т.д. Задача мониторинга состоит в отслеживании изменений, которые происходят с течением времени в ресурсах, процессе и конечных результатах, при помощи ведения учётных записей, создания системы регулярной отчетности, а также проведения исследований среди поставщиков и получателей медицинских услуг.

Стратегическое планирование и разработка проекта мониторинга

Результаты мониторинга медицинских услуг необходимы для принятия управленческих решений в сфере здравоохранения. Мероприятия, показавшие свою результативность, могут воспроизводиться в рамках новых медицинских программ¹, а действия, которые не привели к положительным результатам, могут быть в будущем пересмотрены.

Для наибольшей результативности процедура оценки должна быть предусмотрена на самой начальной стадии мониторинга. В условиях бюджетных ограничений результаты оценки указывают на более рациональное использование ограниченных человеческих и материальных ресурсов с целью достижения желаемых результатов.

Оценка результативности медицинских программ

В применении к результативности в здравоохранении оценку можно определить как набор мероприятий, направленных на определение значения

¹ Под медицинской программой в контексте экономического анализа можно понимать самые разнообразные действия, направленные на достижение конкретной цели, от внедрения нового метода лечения до широкомасштабной реструктуризации системы оказания медицинской помощи.

количественного и качественного результата реализуемой программы. Таким образом, оценка предполагает установление взаимосвязи между конечными или промежуточными результатами и произведёнными действиями. Можно выделить три основные фазы, или уровня, оценки: оценку процесса, оценку результата и оценку влияния. Основные характеристики фаз оценки медицинских программ представлены на рисунке 1.

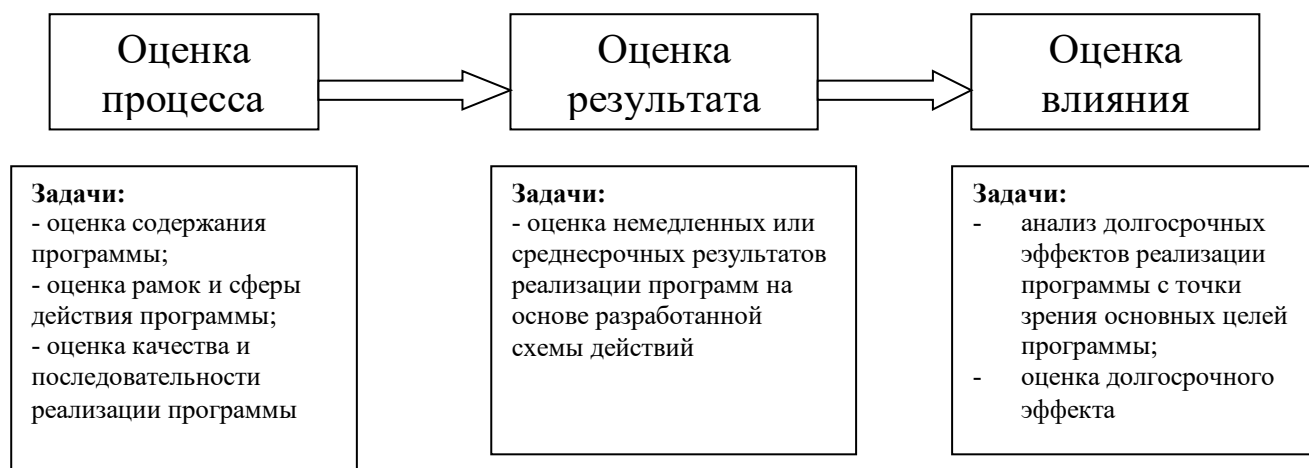


Рисунок 1. Оценка медицинских программ

Определение целей, задач и показателей результативности

Прежде чем внедрять систему мониторинга для оценки эффективности услуг здравоохранения, необходимо определить цели и задачи, которые должны быть решены в ходе мониторинга.

Цели – это те основные результаты, которых хотят достичь в ходе реализации определённых программ. К непосредственным целям можно отнести охрану и укрепление здоровья граждан, повышение доступности и качества медицинской помощи, обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия.

Для достижения поставленных целей необходимо решить ряд задач. Например, для улучшения здоровья населения необходимо добиться уменьшения заболеваемости, снижения больничной летальности, материнской и детской смертности.

Рамки и предмет программы мониторинга

В идеальном случае любая программа должна содержать цели и задачи, а также набор показателей, свидетельствующих о степени решения поставленных задач. Индикаторы результативности, а также способы их измерения и оценки должны быть чётко определены до того, как программа начнёт действовать.

Три важные компоненты определяют рамки и предмет мониторинга в здравоохранении:

- логическая схема, содержащая формулировку целей и задач программ и связывающая между собой основные компоненты программы;
- индикаторы, исчерпывающе определяющие измеряемые показатели;
- методология сбора и анализа данных.

На рисунке 2 наглядно представлена схема логически последовательных шагов мониторинга медицинских услуг.

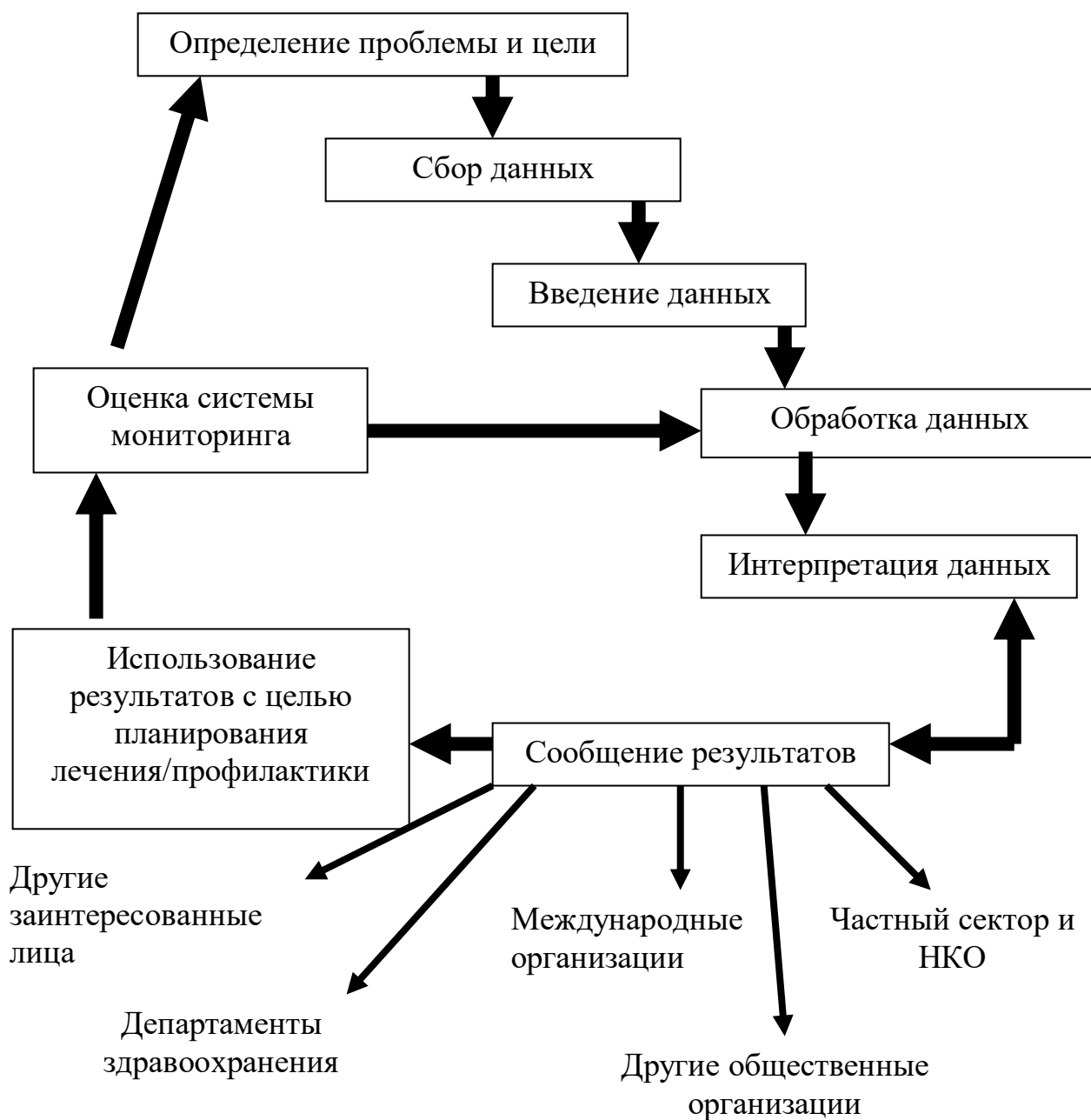


Рисунок 2. Шаги мониторинга медицинских услуг

Качественная система мониторинга имеет ряд общих характеристик.

Простота. Система должна напрямую и наиболее простым способом продуцировать все необходимые данные. Бланки для записей и сбора данных должны быть просты для понимания и заполнения, не нужно отнимать у персонала время на ввод повторяющейся информации. Это особенно важно, если ресурсы ограничены, а сотрудники выполняют множество других обязанностей.

Гибкость. Система должна легко меняться, особенно в том случае, если текущая оценка показывает, что изменения необходимы или желательны. Например, может появиться необходимость добавить информацию о другом виде регистрируемых медицинских услуг либо изменить целевую выборку, чтобы охватить определенный тип заболеваний.

Приемлемость для участников. Система будет работать в том случае, если люди желают принимать в ней участие. Вовлечение персонала в разработку, оценку и модификацию бланков для сбора данных позволит придать им уверенность в том, что бланки просты для заполнения, а их цель понятна. Важно убедиться в том, что конечные пользователи получают нужные им результаты, которые всегда открыты для комментариев и предложений по улучшению.

Надежность. Все пользователи данных, продуцируемых системой мониторинга, должны быть абсолютно уверены в точности этих данных.

Если ресурсы позволяют, необходимо избегать выборочности. Однако может понадобиться совет профессиональных социологов по составлению выборки. Выборка, репрезентирующая все слои населения может быть получена, к примеру, посредством фокусировки на выборе больниц и поликлиник, которые в определенной степени схожи. Надежные данные обладают высокой сензитивностью (т.е. определяют все индикаторы) и позитивной предсказывающей ценностью. Это необязательно результат полного охвата, но охват должен в равной степени отражать все типы исследуемых случаев во всех ситуациях, что может быть достигнуто посредством составления репрезентативной выборки.

Практичность. Система должна быть практичной и доступной. Не нужно создавать лишнюю нагрузку на персонал и бюджет организации.

Устойчивость. Система должна функционировать при минимуме затрачиваемых усилий, легко поддерживаться и обновляться, продолжая служить своим целям с момента ее организации.

Своевременность. Система должна продуцировать по необходимости самую современную информацию.

Безопасность и конфиденциальность. Это две важнейшие черты системы мониторинга. Записи индивидуальных случаев должны храниться в полной тайне. Отчеты по наблюдениям не должны содержать личной информации. Более того, система не должна раскрывать личную информацию, информацию сомнительного или запугивающего характера, навешивать «ярлыки» на профессии людей или их взаимоотношения.

Проектирование и построение системы мониторинга

Представляется необходимым в данной части методики подробно остановиться на этапе проектирования и построения системы мониторинга. Двенадцать основных шагов в этом направлении, которые остаются неизменными, независимо от размера и вида организации, будь то национальный департамент здравоохранения, местные органы здравоохранения, больница или любая другая организация, которая имеет дело с оказанием медицинских услуг, представлены на рисунке 3.

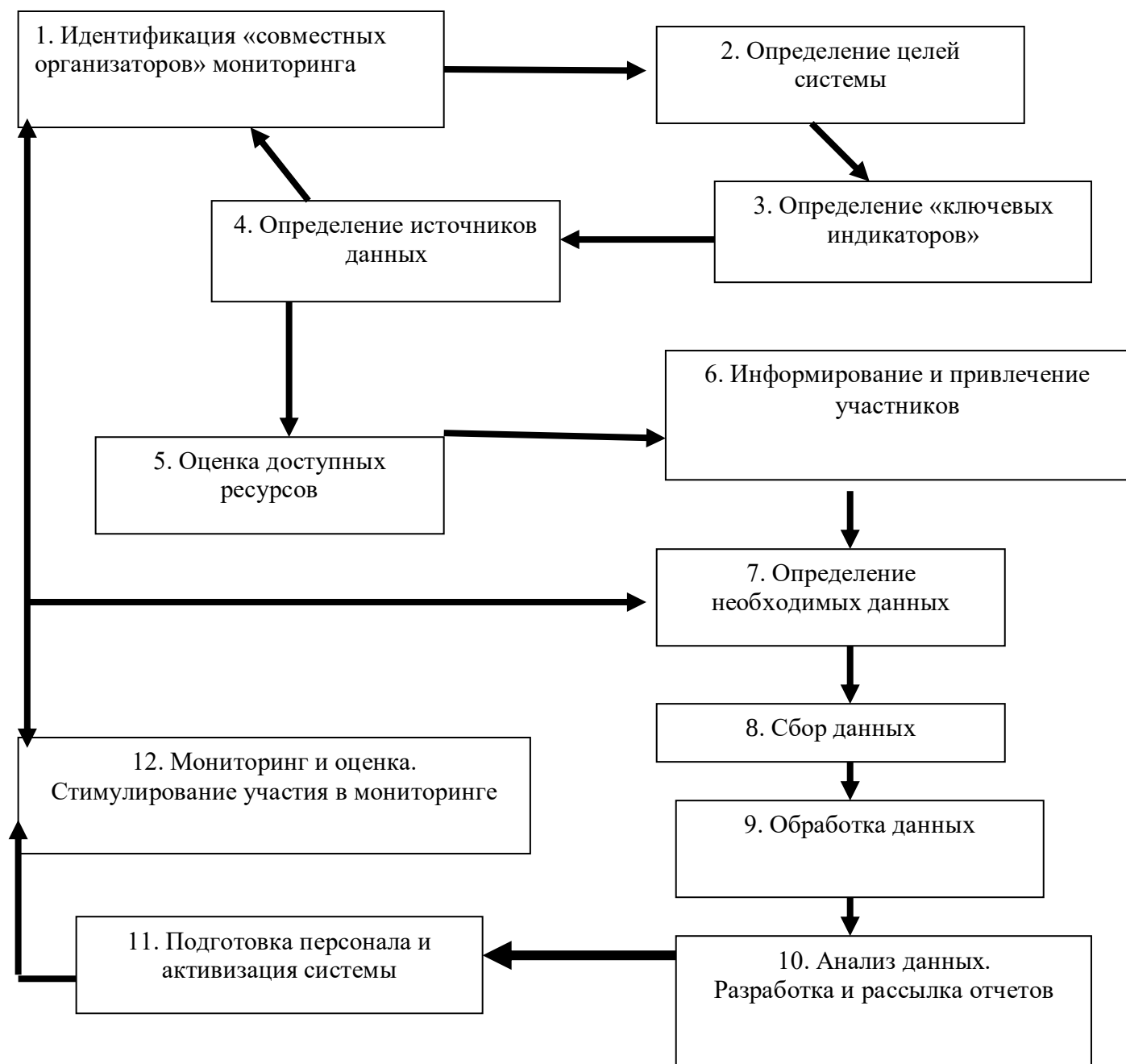


Рисунок 3. Проектирование и построение системы мониторинга

Шаг 1. Идентификация «совместных организаторов» мониторинга

«Совместными организаторами» системы мониторинга могут выступать организации и частные лица, которые смогут осуществлять сбор и обработку данных либо больше всего нуждаются в данных мониторинга медицинских услуг. Чтобы определить всех потенциальных «совместных организаторов», необходимо ответить на следующие два вопроса.

1. Кто бы хотел сделать результативность медицинских услуг предметом мониторинга?

Ответ на этот вопрос поможет получить список потенциальных «совместных организаторов», который включает работников системы здравоохранения, администраторов и лиц, принимающих решения, работающих в общественных организациях или в неправительственных организациях и заинтересованных в решении проблем здравоохранения.

2. Кто еще может стать возможным участником?

Рассмотрите возможность участия других организаций, не входящих в сектор здравоохранения, которые могут быть заинтересованы в сборе или использовании данных мониторинга результативности медицинских услуг. Это могут быть страховые компании, образовательные и юридические учреждения, социальные службы. Некоторые организации, например страховые компании, могут быть потенциальными источниками финансирования системы.

Примите во внимание также всех местных общественных лидеров, которые могут быть не связаны с системой здравоохранения, но имеют возможность помочь получить поддержку широкой общественности, политических органов и других влиятельных групп.

Шаг 2. Определение целей системы

Четко определите, чего вы хотите достичь с помощью системы мониторинга, ответив на следующие вопросы.

1. Зачем «совместным организаторам» необходима система мониторинга медицинских услуг?

Возможны следующие ответы:

- для улучшения системы оказания медицинских услуг;

- для улучшения качества предоставляемых медицинских услуг;
- для определения тех сфер, где наиболее необходимо вмешательство;
- для определения тех сфер, где можно было бы снизить затраты на здравоохранение, обеспечив профилактику заболеваний;
- для обеспечения данных, которые важны при принятии управленческих решений (например, как распределить ограниченные ресурсы, чтобы получить наилучшие результаты);
- для контроля и оценки эффективности медицинских программ.

2. Должна ли система мониторинга быть всесторонней (т.е. охватывать все типы предоставляемых медицинских услуг), и/или лучше сосредоточиться на узкоспециализированной медицинской помощи?

Системы мониторинга могут быть как всесторонними и всеобъемлющими, так и затрагивающими лишь одну узкую область.

Шаг 3. Определение «ключевых индикаторов»

После того как определены цели и задачи мониторинга, необходимо определить индикаторы для измерения степени достижения поставленных целей. Индикаторы служат для измерения отдельных составляющих логической схемы мониторинга.

В широком смысле индикаторы могут использоваться для мониторинга следующих элементов:

- изменения с течением времени (например, динамики объёмов потребления медицинской помощи);
- различия между подгруппами генеральной совокупности (например, детская заболеваемость по сравнению с заболеваемостью взрослых);
- характеристик групп населения и медицинских учреждений (например, наличие определённого оборудования или процент целевой аудитории, получившей определённые услуги);
- различия между отдельными учреждениями (например, оказание определённых видов медицинских услуг в двух клиниках);

- степени достижения поставленных целей (например, действительное число получивших определённую услугу пациентов по сравнению с запланированным).

Шаг 4. Определение источников данных

Где можно взять необходимые данные? Каково их качество и надёжность? Ручные или электронные системы записи и обработки данных используются? Можно ли их с лёгкостью модифицировать?

Для большинства организаций действительность такова, что:

- отдельные организации собирают данные, используя собственные методы, определения и категории;
- сбор данных ненадёжен; во многих организациях существующие методы сбора данных охватывают не все случаи, для которых разрабатывается система мониторинга, что ставит под вопрос качество полученных данных (даже если ведётся последовательный сбор данных, большинство их бывает представлено в виде документальных записей, которые обрабатываются вручную, что делает утомительным их дальнейший анализ; более того, доступ к таким данным часто затруднён из-за различных ограничений и неспособности определить полезность данных для мониторинга и планирования);
- доступ к компьютерам ограничен, что затрудняет анализ и распространение данных;
- имеющиеся в распоряжении данные нерепрезентативны, т.е. не всегда отражают ситуацию по всему населению; это может быть связано с тем, что некоторые группы населения (например, люди, живущие в условиях хорошей инфраструктуры городов) имеют лучший доступ к лечебным учреждениям, чем другие (например, люди, живущие в отдалённых сельских областях).

При оценке и выборе потенциальных источников данных с целью мониторинга задача заключается в том, чтобы:

- определить, какие источники содержат наибольшее количество необходимых данных;

- установить взаимодействие с организациями, ответственными за сбор этих данных;
- разработать механизмы для сбора, обработки, интерпретации и предоставления данных.

Повторение шагов 1–4

На этом этапе необходимо собрать воедино все полученные сведения и вернуться к **шагу 1**, чтобы пересмотреть первоначальный список «совместных организаторов» системы мониторинга. К этому времени, возможно, появятся новые потенциальные «совместные организаторы», а некоторые будут исключены.

Пересмотрев список «совместных организаторов», необходимо пересмотреть цели (**шаг 2**), определение понятия «ключевые индикаторы» (**шаг 3**), а затем список потенциальных источников данных (**шаг 4**). Может понадобиться пересмотр всех пунктов или только некоторых из них.

Шаг 5. Оценка доступных ресурсов

Необходимо рассмотреть ресурсы, которые уже имеются, либо те, которые необходимо получить. Они могут включать:

- сотрудников, достаточно квалифицированных для того, чтобы заполнять бланки и (или) извлекать из них необходимую информацию, обрабатывать данные и составлять отчеты;
- оборудование и подручные материалы (например, компьютеры (имеющиеся в наличии или доступные), надежный источник электричества для работы компьютеров, ручные средства, бланки, компьютерные дискеты).

Сможет ли персонал справиться с новыми задачами мониторинга? Нужен ли новый персонал или дополнительная подготовка сотрудников? Нужно ли дополнительное оборудование и материалы? Если понадобятся новые сотрудники и возникнет необходимость в их подготовке, обеспечении оборудованием и материалами, то как можно все это обеспечить? Если обеспечить это невозможно, то как извлечь пользу из имеющихся в наличии ресурсов?

Также необходимо рассмотреть условия, в которых будет происходить мониторинг, особенно на первых этапах, т.е. во время опроса людей, глубинных

интервью. Важно, чтобы окружающая обстановка и люди, проводящие интервью, располагали к сообщению информации. Достаточно ли комфортным для интервьюируемого является то место, где происходит беседа?

Важным вопросом является также вопрос о возможностях электронной обработки информации (имеется ли надежный источник электричества). Если в настоящее время в организации нет компьютера или доступа к нему, то можно ли получить компьютер или доступ к нему в обозримом будущем или придется обрабатывать данные вручную? Чтобы получить ответы на данные вопросы, может понадобиться обратиться в министерство финансов или министерство здравоохранения.

Шаг 6. Информирование и привлечение участников мониторинга

Следующим шагом является информирование и привлечение всех организаций, которые были определены как возможные участники системы мониторинга. Необходимо убедить ваших участников в том, что мониторинг будет для них полезен, и обеспечить их участие в нем. В конечном счете, привлечение людей, заинтересованных в результатах мониторинга, к разработке и использованию системы мониторинга будет весьма полезно. Они почувствуют себя полноправными участниками завершенной системы, и это сделает ее более устойчивой.

Шаг 7. Определение инструментов сбора данных

Какой объем данных и какого типа необходимо будет собрать, зависит от приоритетов, а также имеющихся в наличии ресурсов. Определение инструментов сбора данных во многом зависит от целевой группы исследования результативности медицинских услуг, в которую могут входить как *поставщики медицинских услуг* (медицинские учреждения, медицинский персонал), так и *получатели медицинских услуг* (пациенты, домохозяйства).

Следующим шагом после определения целевой группы будет планирование выборки. После построения дизайна выборки следует выбрать соответствующие цели методы сбора информации. Это могут быть различные социологические методы: проведение интервью, фокус-групп, анкетных опросов, анализа документов, прямого наблюдения и т.д. Для каждого выбранного метода необходимо подготовить рабочий материал – инструкции интервьюерам, опросные листы, бланки анкет и т.д. Необходимо отметить, что выбор метода сбора данных и применяемых инструментов

зависит от имеющихся в наличии ресурсов, временных рамок и требований к получаемой информации. Также важно определить, какие показатели отчетности медицинских учреждений могут использоваться для дальнейших исследований.

Если имеющейся информации недостаточно, то, в зависимости от целей исследования, должны быть разработаны программы обследования поставщиков и потребителей медицинских услуг. Если в дальнейшем для проведения оценок понадобятся новые данные, то при разработке концептуальной модели необходимо учесть дополнительные институциональные возможности и другие ресурсы, необходимые для получения информации.

Шаг 8. Сбор данных

При сборе данных необходимо иметь в виду, что важность данных должна соизмеряться со стоимостью их получения. Следует определить, кто будет собирать данные и где это будет происходить. В большинстве случаев заполняются бланки во время опроса пациентов, который происходит во время их регистрации и/или лечения.

Шаг 9. Обработка данных

Системы обработки данных могут быть ручными или электронными. Хотя электронные методы обработки данных имеют множество очевидных преимуществ, они могут использоваться только в том случае, если:

- компьютеры уже находятся в использовании или их возможно приобрести;
- персонал умеет пользоваться компьютерами или может быть обучен этому;
- есть надежный источник электричества;
- предоставлено надежное обслуживание приборов.

Ручные методы обработки данных более подходят в том случае, если персонал не умеет пользоваться компьютерами, компьютеров нет вообще или поставка электричества для функционирования компьютеров слишком ненадежна.

Каким бы ни был метод обработки данных, электронным или ручным, важно, чтобы при хранении данных и процедуре обработки сохранялся принцип конфиденциальности личной информации, предоставленной пациентами. Следует

всегда помнить, что пациенты – важные участники системы, их вклад должен признаваться и уважаться.

Шаг 10. Анализ данных. Разработка и отсылка отчетов.

Следующим шагом является составление основных отчетов системы мониторинга, для которых устанавливается определенная частота написания и рассылки. Эти основные отчеты являются средством передачи результатов мониторинга всем заинтересованным лицам. Отчет должен составляться и распространяться по крайней мере ежеквартально. Однако при принятии решения о разработке отчетов и частоте их написания должны учитываться потребности всех участников мониторинга.

Если используются электронные средства обработки данных, написание базовых отчетов должно быть автоматическим и быстрым. Если все участники имеют доступ к компьютерам и выход в Интернет (или во внутреннюю локальную сеть), то имеется возможность отсылать и получать самую свежую информацию.

Шаг 11. Подготовка персонала и активизация системы

В предыдущих шагах активное участие принимали все участники мониторинга. Чтобы укрепить желание людей участвовать в системе, необходимо планировать и осуществлять их подготовку по работе с системой и использованию данных, принимая во внимание долю их участия. Подготовка должна осуществляться на трех уровнях, все участники должны пройти первый уровень, некоторые – второй и лишь отдельные – третий уровень (см. табл. 1).

Таблица 1. Рекомендации по уровням подготовки персонала, принимающего участие в системе мониторинга

Уровень подготовки	Категория обучающихся	Содержание подготовки
I	Все участники мониторинга, от супервизоров и сотрудников, оперирующих системой, до конечных пользователей	Знакомство с системой мониторинга результативности медицинских услуг; обзор системы, включая ее цели и возможности применения

II	Все участники, которые заполняют бланки и обрабатывают данные	Детальное изучение бланков с акцентом на понимании классификации данных и их кодирования; умение получить необходимые данные от пациента, убедить их участвовать в интервью, обеспечить конфиденциальность
III	Все, кто принимает участие в кодировании и обработке данных, ручной или электронной, и должен быть знаком с методами обработки данных и программным обеспечением	Практические занятия по извлечению данных из бланков и их кодированию; оперирование ручной и электронной системой обработки данных

Система мониторинга может стать частью обучающих занятий. Как только люди становятся экспертами по заполнению бланков и обработке данных, эта работа может стать частью их повседневных обязанностей. Документы, определяющие системные процедуры и материалы для подготовки, должны быть всегда доступны для ознакомления и подготовки новичков.

Шаг 12. Мониторинг и оценка системы

С начала своей работы система мониторинга нуждается в постоянном контроле и периодической оценке, которые необходимы для быстрого выявления и устранения проблем. Следует назначить человека, который будет ежедневно контролировать систему и сообщать о возникших проблемах. Он должен незаметно контролировать интервьюеров по мере заполнения бланков, бланки также должны проверяться.

По истечении шести месяцев работы системы должна быть проведена детальная оценка для определения степени достижения поставленных целей, а именно:

- способности системы определять все случаи, попадающие в рамки системы мониторинга, правильно записывать и классифицировать данные по каждому случаю;

- точности и качества отчетов (т.е. всегда ли правильно в отчетах определены случаи заболеваемости, не было ли пропущенных случаев);
- простоты использования бланков и системы обработки данных (т.е. насколько бланки и системные процедуры доступны для понимания; насколько легко получать информацию от опрашиваемых граждан);
- соответствия и полезности данных, продуцируемых системой, для конечных пользователей.

Ниже представлена логическая схема всех процессов мониторинга результативности медицинских услуг.

Логическая схема процессов планирования, мониторинга и оценки

Логическая схема представляет собой управленческий элемент, служащий для стратегического планирования и управления программой, а также играет основную роль в организации мониторинга и оценки. Логическая схема содержит в себе способы представления результатов процесса, что делает возможным систематическое логическое установление целей и задач проекта, способов достижения конечных результатов и проведения возможных мероприятий. В сокращённом виде логическая схема может быть записана в виде следующей таблицы:

Цели	Задачи	Мероприятия	Индикаторы

Эффективное построение логической схемы процесса мониторинга предполагает:

- применение методики мониторинга и оценки программ;
- определение основных факторов, определяющих успешность/неуспешность реализуемых мероприятий;
- определение таких показателей, которые могут быть достаточно точно определены и измерены через индикаторы;
- наличие потенциальных возможностей изменения проводимой политики.

Индикаторы

После того как определены цели и задачи мониторинга, необходимо определить индикаторы, служащие для измерения степени достижения поставленных целей. Индикаторы применяются для измерения отдельных составляющих логической схемы мониторинга.

Как отмечалось выше, в широком смысле индикаторы могут использоваться для мониторинга следующих элементов:

- изменения с течением времени (например, динамики объёмов потребления медицинской помощи);
- различия между подгруппами генеральной совокупности (например, детская заболеваемость по сравнению с заболеваемостью взрослых);
- характеристик групп населения и медицинских учреждений (например, наличие определённого оборудования или процент целевой аудитории, получивший определённые услуги);
- различия между отдельными учреждениями (например, оказание определённых видов медицинских услуг в двух клиниках);
- степени достижения поставленных целей (например, действительное число пациентов, получивших определённую услугу, по сравнению с запланированным).

Индикаторы можно разделить на две категории: промежуточные и конечные. Если индикатор измеряет влияние медицинских услуг на состояние здоровья отдельного индивида, то его называют конечным индикатором. Например, к таким показателям можно отнести процент опрошенных граждан, удовлетворённых полученной медицинской помощью, среднюю продолжительность жизни, материнскую или детскую смертность. Индикаторы, характеризующие входные ресурсы или выходные продукты называют промежуточными индикаторами.

К индикаторам входных ресурсов относятся показатели финансовых затрат на предоставление медицинских услуг, медицинского персонала, оборудования, медикаментов, помещений. К индикаторам выходных продуктов можно отнести объём оказания медицинских услуг, число сделанных прививок, долю населения, получившего определённые виды медицинских услуг. В отличие от конечных

индикаторов, выходные продукты полностью отслеживаются организациями, отвечающими за их предоставление.

Хотя главной задачей мониторинга является отслеживание результата с точки зрения выгод для получателей медицинских услуг, необходимо отслеживать как конечные индикаторы, так и промежуточные. Мониторинг конечных индикаторов позволяет судить о достижении поставленных целей. Конечные индикаторы обычно медленно изменяются с течением времени, в то время как промежуточные изменяются быстрее, предоставляя информацию о том, что происходит с индикаторами, характеризующими степень достижения поставленных целей. Это позволяет вносить поправки в ходе реализации программ. Кроме того, информацию, используемую при построении промежуточных индикаторов, легче собрать².

Наиболее эффективными промежуточными индикаторами являются те, что относятся к ключевым факторам, влияющим на состояние здоровья населения и изменяющимся в зависимости от территории, учреждения, группы граждан, а также в определенный период времени.

Разработанные индикаторы должны удовлетворять следующим условиям:

- индикатор должен служить для измерения именно того явления или показателя, которое он отражает по своему определению;
- индикатор должен прямо и точно отражать происходящие изменения;
- уменьшение или увеличение индикатора однозначно должно свидетельствовать об улучшении или ухудшении исследуемого показателя;
- индикатор должен измерять факторы, отражающие поставленные цели (релевантность);
- индикатор изменяется в зависимости от территории, группы, а также во времени;
- индикатор должен быть чувствительным к изменениям в политике, программах и организациях;
- значение индикатора не подвержено изменениям посторонними факторами;
- индикатором нельзя манипулировать для отражения несуществующих достижений;

² Этот вопрос будет затронут ниже, при обсуждении источников и способов сбора данных.

- индикатор должен быть доступным для отслеживания с течением времени;
- для отслеживания индикатора не требуется существенных затрат.

Выбор индикаторов

Очевидно, что выбор индикаторов зависит как от типов данных, имеющихся в распоряжении организации, осуществляющей мониторинг, так и от того, какие показатели можно реально отследить при имеющихся ресурсах и возможностях. Процесс выбора индикатора должен начинаться с анализа того, какие данные могут быть доступны и каковы возможности по сбору дополнительной информации. Если отдельные индикаторы пока недоступны, их нужно включать в систему мониторинга только в том случае, если есть реальная возможность разработать механизмы по сбору и анализу данных, применяемых для построения таких индикаторов. С учётом сказанного выше, выбор индикаторов должен осуществляться в соответствии со следующими принципами:

- выбор индикаторов не должен создавать необоснованных затруднений для тех, кто отвечает за сбор информации;
- индикаторы должны, по возможности, строиться из существующих источников данных;
- если в каких-то случаях возникают проблемы с источниками данных, отсутствует необходимая информация или существующие данные неточны, то должны предприниматься усилия для повышения надёжности существующих ресурсов или создания новых источников адекватной информации;
- индикаторы должны измерять степень достижения поставленных целей и отражать изменение основных показателей в рамках разработанной логической схемы мониторинга;
- индикаторы должны быть количественными и допускать измерение, повторяющееся с течением времени; в крайнем случае, индикаторы должны отражать два взаимоисключающих варианта ответа на поставленный вопрос.

При разработке системы мониторинга необходимо выбрать индикаторы, удовлетворяющие указанным выше свойствам. Не должны выбираться такие индикаторы, которые необоснованно сложно измерить, построить, которые не

относятся к вопросам здравоохранения и не связаны с исследуемыми в рамках программы мониторинга проблемами.

После того как установлены критерии для выбора подходящих индикаторов, следующий шаг состоит в определении индикаторов. Определение индикаторов можно осуществлять в следующей последовательности:

- 1) выбрать ограниченный набор индикаторов, соотносящихся с целями программы мониторинга;
- 2) для каждого из индикаторов определить способы сбора соответствующих данных;
- 3) для всех индикаторов создать и заполнить таблицу, в которой должны быть определены сами индикаторы, их значимость (насколько индикаторы важны в соответствии с теми показателями, которые они отражают) и простота сбора данных (насколько легко необходимая информация может быть получена);
- 4) расставить приоритеты в соответствии со значимостью индикаторов и простотой сбора данных;
- 5) сгруппировать выбранные индикаторы по источнику данных для облегчения последующего сбора информации;
- 6) определить, какие способы сбора информации будут применяться и какие для этого потребуются ресурсы.

В процессе выбора и формулировки измеряемых индикаторов должны учитываться также такие свойства индикатора, как его количественные значения, качество, временные рамки и задачи. Под качеством понимается степень точности значения индикатора и то, насколько точно индикатор отражает характеризующий показатель. К временным рамкам относятся частота измерения индикатора и временной период, которому соответствует его значение.

Ниже в табл. 2 приведен примерный перечень индикаторов для стационарного медицинского учреждения.

Таблица 2. Пример перечня индикаторов для стационара

Индикаторы	В целом по больнице	По отделениям	Охват по времени
Доля несоответствия сроков лечения в стационаре стандартам длительности			Определяются ежеквартально

лечения по отношению к общему количеству пролеченных больных			
Доля благополучных исходов лечения (выздоровление, улучшение) по отношению к общему количеству пролеченных больных			Определяются ежеквартально
Доля пациентов, умерших в стационаре, по отношению к общему числу выбывших больных			Определяются ежеквартально
Ожидаемая летальность в момент поступления по отношению к общему числу выбывших больных			Определяются ежеквартально
Неожидаемая летальность в момент поступления по отношению к общему числу выбывших больных			Определяются ежеквартально
Расхождение клинических и патологоанатомических диагнозов по отношению к общему числу вскрытий: 1) расхождение, не повлиявшее на течение, лечение, исход болезни; 2) расхождение, повлиявшее на течение, лечение, исход болезни			Определяются ежеквартально
Число плановых больных, поступивших в отделение полностью обследованными (частично обследованными), к общему числу поступивших больных			Определяется ежемесячно

Как уже упоминалось, выбор индикаторов зависит от целей программы мониторинга. Измеряемые индикаторы могут быть не только данными отчетных статистических форм, но и рассчитанными комплексными показателями. Так, для оценки результативности бюджетных расходов медицинского учреждения возможен анализ соотношения плановых и экстренных случаев госпитализации. Данный индикатор также свидетельствует о качестве планирования оказания медицинской стационарной помощи.

Следующим индикатором оценки бюджетных расходов медицинского учреждения является анализ эффективности использования коечного фонда, который выражается как отношение показателя фактического оборота койки к показателю нормативного оборота койки. В ходе мониторинга результативности услуг возможно

также выделение такого индикатора, как эффективность работы медицинского персонала, который рассчитывается через отношение количества законченных случаев, соответствующих стандартам лечения, на общее количество случаев в среднем за тот же период в одном и том же отделении.

Отметим, что здесь приведены лишь некоторые примеры огромного числа индикаторов, которые варьируются, исходя из целей мониторинга медицинской программы.

Постановка задач для индикаторов

После выбора индикаторов полезно оценить их начальные или базисные значения, а также определить задачи для индикаторов или по крайней мере для некоторых из них. Базисные значения индикаторов можно получить из имеющихся статистических данных, если имеется соответствующая информация, при условии, что данные обладают приемлемым качеством. В том случае, если для какого-либо индикатора не существует данных, базисное значение можно взять из предварительной оценки, которая позже может быть пересмотрена, или оно может быть получено в течение некоторого времени.

Постановка задач является сложным процессом. Задачи следует выбирать в зависимости от текущей ситуации и того, какая информация доступна в настоящий момент. Данные, используемые при постановке задач для индикатора, могут быть получены также из предшествующих исследований (если они уже проводились). Многие оценки индикаторов, относящихся к задачам, обычно сложно получить, поскольку они относятся к характеристикам пациентов и могут быть получены преимущественно из специально разработанных исследований.

Рассмотрим пример технологии мониторинга в разрезе план/факт/отклонение в динамике следующих показателей:

- количество койкодней стационара,
- коечный фонд стационара,
- работа койки стационара круглосуточного пребывания,
- количество пролеченных больных в стационаре круглосуточного пребывания,
- среднее пребывание в стационаре круглосуточного пребывания,
- количество амбулаторных пациентов,

- количество дней лечения в дневном стационаре,
- количество коек дневного стационара,
- работа койки дневного стационара.

Пример мониторинга по первому из показателей (количество койкодней, проведенных в стационаре круглосуточного пребывания) приведен в табл. 3.

Таблица 3. Койкодни стационара (за определенный период)

	План	Факт	+, -	%
Отделение	117 413	119 263	1 851	102

Раздел 2. Сбор данных

Определение требований к данным

Как уже отмечалось, при проведении мониторинга важно отслеживать как промежуточные так и конечные индикаторы. Лишь отклонение показателей результатов от ожидаемых “включает” всю систему непрерывного улучшения качества программы. Возникшая проблема анализируется, и выбирается наиболее эффективный способ ее решения.

Хорошо разработанная система мониторинга услуг здравоохранения должна содержать данные об обеих категориях индикаторов. Необходимая информация может собираться с помощью разнообразных инструментов различными организациями.

Сведения об индикаторах результативности оказания медицинских услуг населению возможно получить непосредственно от потребителей этих услуг либо путем проведения опросов домохозяйств или пациентов.

Зачем собирать данные о доступе и пользовании услугами у домохозяйств, если существуют административные записи? Почему, например, необходимо проведение исследования домохозяйств для оценки качества медицинских услуг? Почему недостаточно данных, полученных из информационной системы органов управления здравоохранением?

Во-первых, данные, полученные от домохозяйств, более надежны: у домохозяйства меньше стимулов сообщать ложные сведения о медицинской помощи, чем у руководства учреждений здравоохранения, чьи бюджетные ассигнования и стимулы могут зависеть от объемов оказанных услуг. Во-вторых, исследования домохозяйств и совместные исследования обычно позволяют собрать другие сведения о домохозяйствах, например об уровне дохода потребителей медицинской помощи, их социальном статусе. Это не говорит о том, что данные из информационных систем управления о пользовании услугами бесполезны, а лишь подчеркивает необходимость их проверки и дополнения сведениями, полученными непосредственно от потребителей медицинских услуг.

При организации эффективной системы мониторинга и оценки результативности услуг здравоохранения должны учитываться также внешние факторы, характеризующие социально-экономическое положение муниципального

образования и региона, структуру расселения, географические и климатические условия.

С точки зрения исследуемых данных функции мониторинга и оценки формируются тремя основными факторами:

- рамками исследования, зависящими от того, какие вопросы исследуются; мониторинг также может проводиться для оценки результативности отдельной программы или на регулярной основе;
- временным периодом, в течение которого собираются данные, или частотой сбора данных;
- определением некоторой связи между индикаторами (например, вызваны ли изменения показателей заболеваемости влиянием определённой программы или нет).

Эти три фактора во многом определяют выбор различных источников информации и способы сбора данных.

Далее будут рассмотрены различные источники и методы сбора информации. Они варьируются от рутинного, количественного сбора данных до качественных и неструктурированных методов. Источники данных и методы сбора информации зависят от целей и задач программ мониторинга и выбранных индикаторов. При этом наиболее результативным представляется сочетание различных методов.

Альтернативные подходы, включающие в себя глубинные интервью, интервью с основными информаторами, обсуждения в фокус-группах и различные типы наблюдений, могут дополнить широкомасштабные структурированные исследования, проводящиеся в определённой местности или среди пациентов определённых медицинских учреждений. Такой подход способствует более углублённому анализу результативности проводимых мероприятий. Хотя эти альтернативные подходы необязательно входят в регулярную систему исследований в сфере здравоохранения, они могут играть важную роль при разработке политики и планировании системы мониторинга и оценки.

Источники и инструменты сбора данных

Под источником сбора данных понимается механизм или метод получения информации (например, исследования медицинских учреждений, интервью с пациентами, обсуждения в фокус-группах, наблюдения, статистическая и финансовая отчётность). Под инструментом сбора данных понимается физический носитель,

используемый для сбора и хранения данных (например, оценочные карты, анкеты, таблицы, базы данных и т.п.).

При исследовании результативности медицинских услуг может применяться широкий спектр источников данных и инструментов сбора информации. В дальнейшем будут рассматриваться те источники и инструменты, которые могут использоваться с целью создания информационной базы для мониторинга и оценки результативности медицинских услуг.

Выбор индикаторов и источников сбора данных происходит параллельно. Например, наличие ресурсов определяет, возможно ли проведение исследования населения и, как следствие, использование индикаторов, базирующихся на характеристиках опрашиваемых. Стоимость сбора информации обычно зависит от детальности и качества данных. Например, дешевле всего обходится получение информации, представленной в статистической и финансовой отчетности, а детальные исследования населения и медицинских учреждений требуют существенных финансовых затрат.

Как только индикаторы определены, основное внимание исследователь должен уделить тому, каким образом предполагается получить необходимую для построения индикатора информацию. Хотя каждый метод сбора данных предполагает применение индивидуального подхода, на отдельные вопросы, присущие всем механизмам получения информации, следует обратить внимание. В табл. 4 приведены вопросы, которым должно быть уделено внимание при выборе источников и инструментов сбора информации.

Таблица 4. Основные подходы к выбору источников данных и инструментов исследования

1. Цели и задачи	Какие индикаторы могут быть получены из собираемых данных? Подходит ли выбранный метод сбора информации для выработки этих индикаторов?
2. Единицы наблюдения / анализа	В каких медицинских учреждениях будет проведен анализ? По какому принципу будет определена целевая группа? Как будут отбираться опрашиваемые домохозяйства и пациенты?
3. Обеспечение качества данных	Какие процедуры должны быть предусмотрены, чтобы обеспечить высокое качество собираемых данных?
4. Разработка опросного инструментария	Будет ли собираться дополнительная информация? Какие инструменты будут использованы? Легко ли использовать инструменты? Сколько времени займёт процесс сбора информации и сколько времени будет уделено основным элементам?
5. Сбор данных	Как и кто будет руководить процессом сбора данных? Были ли разработаны стандартные инструкции? Понадобится ли проведение обучающего семинара? Как будет контролироваться сбор данных?
6. Сортировка, хранение и проверка данных	Как данные будут храниться? Понадобятся ли компьютеры? Как данные будут проверяться и

	редактироваться? Как будет производиться отбор необходимых индикаторов?
7. Анализ	Кто будет проводить анализ? Как будет проводиться анализ?
8. Отчётность и использование данных	Как и кому будет представлен аналитический отчёт? Как будет использоваться информация (например, для изменения или улучшения деятельности по реализации программы)?
9. Ресурсы	Кто должен заниматься сбором данных? Сколько это будет стоить?
10. Этические вопросы	Как получить согласие пациентов и персонала медицинских учреждений на проведение обследования? Как обеспечить конфиденциальность?

Виды источников сбора данных

Основные источники информации, используемой при проведении мониторинга результативности услуг здравоохранения, и соответствующие им инструменты сбора данных приведены в табл. 5. Следует отметить, что разделение источников, приведённое в таблице, является условным и, в принципе, разделы могут перегруппировываться в зависимости от исследования. В следующих разделах эти источники и инструменты будут рассмотрены более подробно.

Таблица 5. Источники информации и инструменты сбора данных

Источники данных	Инструменты сбора данных
Собираемая медицинская статистика	Отчётные формы, бухгалтерская отчётность
Управленческая информация	Карты пациентов, учётные записи, сметы
Исследования домохозяйств	Анкеты, опросные формы, журналы обследования
Опрос получателей медицинских услуг (может проводиться в ЛПУ, а также на дому)	Анкеты, опросные формы

или по телефону)	
Обследования производителей медицинских услуг: - неструктурированные или полуструктурированные глубинные интервью, - обсуждение в фокус-группах	Анкеты, опросные формы: - план обсуждаемых вопросов, - детальное стенографирование или (видео)запись беседы, - план обсуждаемых вопросов, - детальное стенографирование или (видео)запись беседы
Прямое наблюдение	Схема наблюдения, списки вопросов

Качество данных

Многие информационные инструменты, такие как отчётные формы или карты пациентов, используются для разработки управленческих решений или хранения необходимой в дальнейшем информации, но не с целью мониторинга медицинских услуг как такового. Качество информации может варьироваться между организациями, ответственными за сбор данных. Поэтому при использовании информации в дальнейших исследованиях, при оценке качества медицинских услуг или результативности программ необходимо организовать проверку качества собираемых данных.

Проверка должна предполагать контроль за вносимой в отчётные формы и базы данных информацией. Когда все сопутствующие проблемы будут выявлены, необходимо предпринять шаги для улучшения качества данных. Необходимо проверить, все ли отчётные формы правильно заполнены, для всех ли опрашиваемых лиц, возможно ли на основании собранной информации построить надёжные индикаторы.

Управленческая информация и система отчётности

Для получения информации о ресурсах, процессе оказания медицинской помощи, системе управления, руководстве и координации программ, контроле качества услуг можно воспользоваться довольно большим числом отчётных документов. Они включают в себя собираемую органами управления здравоохранением статистическую информацию, бухгалтерскую отчётность, стратегические планы, штатные расписания, отчёты по проектам, протоколы, отчёты

об исполнении бюджетов, административные записи, отчёты о тренингах и т.п. Такая информация по возможности должна использоваться при мониторинге медицинских услуг.

Российская система медицинской статистики

Органами управления здравоохранением Российской Федерации собираются статистические данные о деятельности медицинских учреждений и состоянии здоровья населения согласно формам, утверждённым Государственным комитетом Российской Федерации по статистике³ по представлению Министерства здравоохранения Российской Федерации. Статистика, которой располагают органы управления здравоохранением, содержит подробную информацию о здоровье граждан и деятельности медицинских учреждений. Государственная система сбора данных о медицинских учреждениях и состоянии здоровья населения представляет собой единую систему мониторинга, применяемую для информационного обеспечения процесса управления в отрасли.

Помимо собираемых органами управления здравоохранением данных, органами госсанэпиднадзора ведётся сбор информации о санитарно-гигиеническом состоянии объектов окружающей среды. Универсальность собираемой руководящими органами здравоохранения информации обеспечивается унифицированным подходом к отчётным данным, позволяющим проводить сопоставление исследуемых показателей как между отдельными учреждениями, так и между территориальными единицами. Статистическая отчётность предоставляется руководящим органам здравоохранения и органам государственной статистики всеми медицинскими учреждениями вне зависимости от их формы собственности.

Наибольший блок в структуре собираемой информации состоит из данных о **состоянии здоровья** населения. К ним относятся многочисленные показатели, характеризующие общую заболеваемость, показатели рождаемости и смертности. В органы государственной статистики и управления здравоохранением ежегодно представляется детальная информация о причинах смертности, заболеваемости социально значимыми заболеваниями, временной нетрудоспособности граждан.

Другую группу отчётной информации составляют **показатели деятельности медицинских учреждений**. Это сведения об объёмах оказываемой медицинской

³ На момент написания настоящего материала преобразован в Федеральную службу государственной статистики (Росстат).

помощи в стационарах, амбулаторно-поликлинических учреждениях, дневных стационарах, а также медицинской помощи, которую оказывают станции и отделения скорой медицинской помощи, санатории и другие медицинские учреждения. Например, в отчётных формах регистрируется количество сделанных населению прививок, число беспризорных и безнадзорных, поступивших в лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ), и т.п.

Третьим типом данных, предоставляемых ЛПУ, является **информация о материальных и кадровых ресурсах**: состав медицинского учреждения, структура коечного фонда стационаров, мощность амбулаторно-поликлинических учреждений, штаты, аппаратное оснащение, техническое состояние зданий.

В рамках отчётной формы "Сведения о реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи", предоставляемой учреждениями здравоохранения и органами управления здравоохранением муниципальных образований и субъектов Российской Федерации, собирается информация об объёмах медицинской помощи, оказываемой гражданам в рамках Территориальной программы государственных гарантий, финансовых средствах, направленных на финансирование этой помощи, финансировании целевых программ в области здравоохранения, платных медицинских услугах и добровольном медицинском страховании.

Наряду с очевидными достоинствами российской медицинской статистики (универсальность и большое количество собираемых показателей), данная система не лишена ряда недостатков. Во-первых, часто затруднительно провести проверку точности предоставляемой информации, существенно зависящей от «человеческого фактора». Кроме того, в больших массивах данных возможны пропуски информации и технические ошибки. Отметим, что эти проблемы присущи не только российской медицинской статистике и очень часто возникают в связи с обработкой больших объёмов данных.

Целевая группа исследования

К основным целевым группам исследования результативности медицинских услуг относят: 1) **поставщиков медицинских услуг** (медицинские учреждения и медицинский персонал), 2) **получателей медицинских услуг** (пациенты, домохозяйства).

К медицинским учреждениям относятся места оказания медицинской помощи: больницы, поликлиники, диспансеры, различные центры охраны здоровья. К медицинскому персоналу относятся врачи, медсёстры, младший медицинский персонал.

Самый простой анализ деятельности медицинского учреждения будет в себя включать информацию о доле медицинских учреждений, медицинских работников и пациентов с определёнными характеристиками (табл. 6).

Таблица 6. Основные характеристики поставщиков и потребителей медицинских услуг

Целевая группа исследования	Что входит	Основные характеристики	Внутренние характеристики
Поставщики медицинских услуг	Медицинские учреждения	По типу (частные, государственные: больница, поликлиника и т.п.) По уровню (первичный, вторичный, третичный) По видам предоставляемых услуг, специализации	Соблюдение установленных стандартов и протоколов
	Медицинский персонал	По типу (врачи, медсёстры, фельдшеры и т.п.)	Характеристики персонала (возраст, пол и т.п.)
Потребители	Пациенты	По типу учреждения (куда обращаются)	Характеристики пациента (пол, возраст и т.п.)

медицинских услуг	Домохозяйства		Социально-демографический портрет
-------------------	---------------	--	-----------------------------------

С точки зрения проектирования выборки основным объектом исследования является медицинское учреждение. Сначала составляется выборка для медицинских учреждений. Такие параметры выборки, как размер и критерии стратификации⁴ для выбора клиентов и персонала, определяются в большой степени дизайном выборки. Нельзя строить, например, схему для разбивки выборки на сельские и городские районы в выборке клиентов, отличную от той, которая предполагается планом построения выборок медицинских учреждений. Прежде чем начать исследование, необходимо определить список медицинских работников, которые должны быть опрошены. То есть должно быть известно заранее, кто будет опрошен в рамках исследования медицинского персонала. Составление выборки медицинского персонала рекомендуется только для крупных учреждений. В небольших учреждениях должен проводиться опрос всех сотрудников. Для опроса пациентов рекомендуется использовать аналогичные критерии. Кроме того, опрос пациентов должен проходить в рамках одного временного периода, например одного дня.

Основные подходы к планированию выборок

Для того чтобы получить хорошие результаты, любое обследование поставщиков и потребителей медицинской помощи нужно осуществлять в следующей последовательности: 1) планирование обследования; 2) подготовка; 3) сбор данных; 4) анализ.

Такой подход требует чёткого определения сферы исследования, анализа возможных источников данных, выявления дополнительной информации, применяемой для последующих действий ответственных органов. Необходимо выбрать наиболее подходящий метод построения выборки, определить её размер,

⁴ Под стратификацией понимается разбиение рассматриваемого множества на подгруппы в соответствии с определёнными общими признаками.

выбрать инструменты сбора данных, разработать индикаторы и структуру исследования.

При составлении выборок сотрудников и пациентов в больших учреждениях для получения несмещённых оценок рекомендуется применять систему весов. Оценка взаимодействия пациентов и медперсонала должна проводиться на основании выборки посетителей медицинского учреждения. Только при этом условии могут быть получены несмещённые оценки пациентов.

В табл. 7 представлены виды выборок в зависимости от различных задач исследовательской программы.

Таблица 7. Виды выборок в зависимости от цели исследования

Целевая группа исследования	Виды выборки	Задачи анализа данных	Примечания
Поставщики медицинских услуг	А. Несвязанные данные	А. При анализе результаты исследования медицинских учреждений не увязываются с опросом населения	А. Исследование медучреждений проводится изолированно для анализа наличия и качества предоставления услуг, в основном в целях мониторинга

Потребители медицинских услуг	Б. Связанные данные	Б, В. Без попытки установления связи между программами и какими-то мероприятиями и наблюдаемыми изменениями среди исследуемой популяции	Б. Исследования медицинских учреждений проводятся совместно с обследованиями домохозяйств в течение одного временного интервала. Выборки должны иметь одинаковые вероятностные характеристики
	В. Территориально связанные данные	Б, В. С целью выявить причинно- следственную связь путём применения различных статистических методов	В. Данные об исследовании учреждений и населения должны относиться к одной территории (кластеру)

Построение выборки

Для построения выборки желательно иметь список медицинских учреждений.

Подходы к определению размера выборки для отдельных учреждений и для связанных выборок несколько отличаются. При отдельном исследовании медицинских учреждений проще всего оценить размер выборки в соответствии с определяемыми заранее требованиями точности. В принципе, выборка может быть сколь угодно большой, однако часто ее размер ограничен возможностями исследователя.

Размер выборки также зависит от того, необходимы ли оценки уровня или изменения. Примером оценки уровня является определение процента медицинских

учреждений, предоставляющих ту или иную услугу. Оценка изменения отражает изменение какого-либо показателя за некоторый временной период.

Теоретически выборки для персонала и пациентов могут быть построены независимо от выборок для медучреждений. На практике выборка клиентов и сотрудников строится для каждого выбранного учреждения. Часто размеры выборок пациентов и медицинского персонала определяются на основании некоторого соотношения.

В отдельных случаях сбор информации об отдельных категориях пациентов затруднён из-за их небольшого числа (например, для больных с редкими видами заболеваний). В указанных случаях требуется дополнительное время для сбора достаточного числа данных. Достоверность оценок, построенных на основании этих групп, будет невысокой. Поэтому для исследования таких случаев рекомендуется проведение специальных исследований.

Общие принципы построения выборки

Несвязанные данные

Основная цель исследования медицинских учреждений отдельно от групп населения состоит в получении несмещённых оценок числа поставщиков, их характеристик и предоставляемых медицинских услуг. Дополнительные цели анализа могут состоять в оценке различных типов учреждений и разработке схемы обследования персонала и пациентов. Основные принципы построения выборки для исследования медицинских учреждений представлены в табл. 8.

Таблица 8. Принципы построения выборки

Целевая группа	Дизайн выборки	План	Примечания
Поставщики медицинских услуг	На основании списка*	1. Составить список всех учреждений, относящихся к генеральной совокупности. 2. Разбить список на страты (подгруппы) по определённому критерию. 3. Отобрать учреждения, входящие в выборку, на	* Отбор крупных учреждений должен проводиться на основании списка, выбор остальных

Целевая группа	Дизайн выборки	План	Примечания
		основании систематического подхода или путём случайного выбора и провести обследования и интервью в выбранных медицинских учреждениях. 4. Для отобранных учреждений составить выборку пациентов и персонала на основании систематического подхода или путём случайного выбора для дальнейшего интервьюирования	медицинских организаций рекомендуется проводить по географическому принципу
Поставщики медицинских услуг	По географическому принципу	1. Составить список географических районов, полностью покрывающих исследуемый регион. 2. Разбить список на страты на основании определённого критерия. 3. Составить выборку этих районов и изучить их с целью нахождения в них медицинских учреждений и организаций. 4. Провести исследование всех учреждений в выбранных районах за исключением тех, которые обследуются на основании	

Целевая группа	Дизайн выборки	План	Примечания
		списка. 5. Для исследуемых учреждений составить выборки медицинского персонала и пациентов	

Связанные данные

Совместные исследования медицинских учреждений и домохозяйств предполагают исследования поставщиков в тандеме с опросом населения. Исследования медицинских учреждений и домохозяйств проводятся в одних и тех же районах или в рамках одних и тех же кластеров (подгрупп). В этом случае совместный сбор информации из двух источников осуществляется для: 1) оценок различных программ, но без попытки установить причинно-следственную связь, 2) анализа программ с точки зрения оценки влияния.

Эти два подхода различаются в контексте используемых технологий анализа. Изучение причинных связей требует применения многоуровневого анализа для контроля различных внешних факторов.

Для достижения целей 1) и 2) используются одни и те же данные о медицинских учреждениях. Полученная информация о характеристиках поставщиков должна быть связана с показателями конечных результатов, оцениваемыми на основании опроса населения. Выборка обследуемого населения должна быть устроена таким образом, чтобы домохозяйства попадали в сферу компетенции выбранных медицинских учреждений. Эти группы населения представляют собой участников программ, на основании опроса которых анализируются результаты деятельности системы оказания услуг. Установление связи между рассматриваемыми группами граждан и поставщиками медицинских услуг обосновывает применение различных методов оценки влияния программ на основании собранных данных.

При составлении выборок медицинских учреждений совместно с обследованиями населения применяются следующие основные подходы (табл. 9).

*Таблица 9. Основные подходы к составлению выборочной совокупности
исследования*

Целевая группа	Дизайн выборки	Предварительный этап	План действий
Поставщики и потребители медицинских услуг	На основании предварительного опроса участников исследования	1. Опрашиваемым домохозяйствам задаются вопросы о медицинских учреждениях, к помощи которых они обычно прибегают	1. Затем исследования производятся в названных учреждениях, или составляется выборка из таких лечебных учреждений
		2. Проводится исследование всех учреждений, расположенных вблизи мест проживания опрашиваемых граждан	2. Затем проводится исследование или всех поставщиков услуг здравоохранения, или их выборки

Целевая группа	Дизайн выборки	Предварительный этап	План действий
		3. Определяется медицинское учреждение (или группа учреждений), расположенных ближе всего к территории, где проводился опрос домохозяйств, но не в пределах данной территории	3. После этого проводится исследование соответствующих производителей услуг здравоохранения
		4. Строится выборка из медицинских учреждений расположенных в определённой географической области, окружающей район	4. Выборка строится из списка тех учреждений, где уже проводились опросы домохозяйств
		5. Определяются округа (или другие административные единицы), в которых проживают опрошенные граждане	5. Выборка поставщиков медицинских услуг строится из всех медицинских учреждений данного округа

При этом оценки различных показателей учреждений здравоохранения могут быть улучшены путём использования различных статистических методов. Однако их

применение потребует дополнительной информации о медицинских учреждениях, которая может оказаться недоступной.

Методы сбора информации

Проведение исследований по оценке и результативности медицинских услуг предполагает использование различных социологических методов сбора информации. В табл. 10 представлены основные социологические методы, используемые применительно к двум целевым группам исследования в сфере здравоохранения: поставщикам и потребителям медицинских услуг.

Таблица 10. Методы сбора информации

Методы сбора информации	Целевая группа исследования	Вид исследования	Области применения
Интервью (полуструктурированные или неструктурированные)	Поставщики мед. услуг; потребители мед. услуг	Качественное	Проверка гипотез, сбор широко спектра информации, глубокий анализ объекта исследования
Фокус-группы	Поставщики мед. услуг; потребители мед. услуг	Качественное	Получение предварительной информации по интересующей теме. Выработка исследовательских гипотез. Стимулирование новых идей и творческих концепций
Наблюдение	Поставщики мед. услуг; потребители мед. услуг	Качественное	Получение информации об определенных характеристиках объекта наблюдения;

Методы сбора информации	Целевая группа исследования	Вид исследования	Области применения
			исследование взаимодействия между объектами
Анализ документов	Поставщики мед. услуг	Качественное	Глубокий и разносторонний анализ объекта исследования
Анкетный опрос, структурированное интервью	Поставщики мед. услуг; потребители мед. услуг	Количественное	Сбор информации от статистически значимого числа респондентов, возможность выводов о характеристиках генеральной совокупности

Для разработки плана исследования необходимо точно знать преимущества и недостатки одного или другого метода сбора информации, область его применения относительно целей и задач мониторинга. В табл. 11 представлен сравнительный анализ видов интервью как одного из методов сбора информации и области их применения в исследовании результативности медицинских услуг.

Таблица 11. Сравнительный анализ методов сбора информации: проведение интервью

Название метода	Суть метода	Область применения	Дополнительная информация

Название метода	Суть метода	Область применения	Дополнительная информация
Неформальное интервью	В неформальном интервью отсутствует структура. Исследователь просто пытается вспомнить разговор с опрашиваемым и основные вопросы, затронутые во время беседы	Начальная стадия проведения исследования. Небольшое количество респондентов (6-12). Необходимы подготовленные интервьюеры	Должен быть готов список тем, которые планируется затронуть в ходе беседы. Необходимо вести запись интервью. Возможно обнаружить неожиданные аспекты обсуждаемого вопроса
Неструктурированное интервью	Интервью базируется на примерном плане, в соответствии с которым опрашивающий ведёт беседу	Используется в ситуациях, когда нет жёстких временных ограничений	Интервью предполагает минимальный контроль над ответами опрашиваемого. Применяемая модель обследования позволяет интервьюируемому чувствовать себя более свободно и чётко высказывать свои взгляды
Полуструктурированное интервью	Интервью основано на разработанном наборе вопросов и тем, которые должны быть затронуты в ходе беседы в определённом порядке	Рекомендуется при проведении опросов медицинского административного персонала	Схема интервью нужна для получения достоверных и сопоставимых между собой данных
Структурированное интервью	Задаётся определённый набор вопросов, часто предполагающих два или несколько вариантов ответа	Рекомендуется при проведении опросов большого количества респондентов (поставщиков и потребителей медицинских услуг) на основе разработанной стандартной анкеты*	Такой тип интервью предполагает наличие чётких инструкций для интервьюеров

Название метода	Суть метода	Область применения	Дополнительная информация
Фокус-группы	Групповое полуструктурированное интервью проводится в форме групповой дискуссии по заранее разработанному сценарию	Изучение мнения респондентов с общими характеристиками (врачи определённой специальности, пациенты некоторого медицинского учреждения, люди, имеющие какое-либо общее заболевание, лица определённого возраста и т.п.) по поводу определённой проблемы, процесса лечения, оценки качества мед. услуг и т.д. Необходим квалифицированный ведущий — модератор группы	Используются на объяснительной стадии исследования. Не всегда гарантирован глубокий уровень получаемой информации, поскольку всем участникам необходимо предоставлять равные шансы высказать своё мнение. Необходимо вести запись обсуждения в группе
Прямое наблюдение	Прямое наблюдение проводится подготовленным наблюдателем для получения информации об определенных характеристиках ЛПУ	Рекомендуется для получения следующей информации: - возможность наблюдения взаимодействия врача и пациента в клиническом контексте; - возможность оценивать определённые компоненты качества медицинских услуг; - возможность оценить ресурсы	Данный инструмент обследования требует больших временных и финансовых затрат. Требуется наличие квалифицированных наблюдателей. Прямое наблюдение сложно провести, поскольку это может вызвать подозрительное отношение медперсонала и пациентов к проверяющему. Присутствие

Название метода	Суть метода	Область применения	Дополнительная информация
		медицинского учреждения	наблюдателя может изменить обычное поведение врачей и пациентов
* См. основные принципы составления анкет для структурированного интервьюирования.			

Стандартные анкеты используются при проведении опросов потребителей медицинских услуг для того, чтобы всем респондентам задавались одинаковые вопросы в одинаковой последовательности. Точные формулировки вопросов должны быть определены заранее, и интервьюер просто зачитывает их опрашиваемому. Анкеты для таких интервью должны быть очень тщательно проработаны, также как и схема администрирования собираемой информации. Анкеты должны разрабатываться с учётом интересов и требований, предъявляемых четырьмя категориями участников: аналитиков, интервьюеров, респондентов и разработчиков программы сбора данных. Ниже представлены принципы составления стандартных анкет для структурированного интервью.

1. Используйте простой язык, понятный всем респондентам.
2. Заранее присваивайте респондентам коды для удобства обработки данных и занесения результатов в компьютерную базу данных. При разработке интервью это требует дополнительной работы, но позволяет сэкономить время и трудозатраты при обработке и анализе полученной информации.
3. Избегайте вопросов, которые могут доставить опрашиваемому дискомфорт. Старайтесь не запрашивать более одной информационной единицы в рамках одного вопроса.
4. Избегайте двусмысленных слов и вопросов.

5. Используйте все необходимые вопросы, чтобы получить нужную информацию.

6. Не перегружайте план интервью предметами, не относящимися к теме исследования.

7. Начинайте интервью с простых вопросов.

8. Задавайте вопросы в том порядке, в каком они записаны в анкете.

9. Проведите предварительную пилотную проверку анкет (например, путём опроса небольшого числа респондентов). Цель предварительной проверки состоит в том, чтобы респонденты понимали вопросы и могли дать на них внятные ответы. Кроме того, предварительная пилотная проверка помогает интервьюерам лучше понять цели исследования.

10. Тщательно разработайте инструкции для интервьюеров.

11. Заранее дайте инструкции интервьюерам, как найти дополнительную информацию в том случае, если ответы на отдельные вопросы не удаётся получить.

12. Обеспечьте конфиденциальность информации.

Выбор инструментов обследования определяется спецификацией исследования. В зависимости от целей исследования могут собираться данные о ресурсах медицинского учреждения, затратах, показателях качества, промежуточных и конечных результатах функционирования системы здравоохранения. В рамках обследований могут использоваться следующие основные инструменты: опросные листы для учреждений и персонала, тесты по врачебной квалификации, прямое наблюдение или “аудит” учреждения, прямое наблюдение за взаимодействием пациентов и медицинского персонала, исследование клинических записей и управленческой информации об используемых ресурсах. Обследования поставщиков услуг здравоохранения могут включать в себя опросы пациентов, посетивших медицинское учреждение в течение некоторого промежутка времени. Кроме того, при проведении исследований может использоваться отчётная информация, предоставляемая медицинскими учреждениями в руководящие органы.

Методы сбора информации: оценка ресурсов и затрат

Сбор информации о ресурсах медицинских учреждений преследует следующие основные цели:

- оценку стоимости медицинских услуг;

- исследование адекватности использования ресурсов на уровне учреждения;
- оценку экономической эффективности медицинской помощи;
- оценку качества медицинской помощи на основании имеющихся ресурсов.

К ресурсам медицинских учреждений относятся здания, оборудования, транспорт, медикаменты, перевязочные средства, мягкий инвентарь, обмундирование, предметы длительного пользования, а также кадры ЛПУ. Информация о ресурсах имеет большое значение, поскольку она используется для определения стоимости медицинских услуг. Кроме того, отсутствие отдельных ресурсов может сделать невозможным оказание определённого вида медицинской помощи, что непосредственно сказывается на качестве услуг. Ещё одним индикатором качества являются данные о наличии и времени исчерпания запасов медикаментов, перевязочных средств, мягкого инвентаря и обмундирования.

Инструменты сбора данных о ресурсах:

Информация о ресурсах медицинского учреждения может быть получена от представителей администрации больницы или клиники. Следует, однако, отметить, что данные, собранные путём проведения интервью с персоналом учреждения, могут быть не совсем достоверными. В такой ситуации рекомендуется непосредственное наблюдение за используемыми в процессе оказания помощи ресурсами. Это позволит определить, какие медикаменты и оборудование есть в наличии в настоящий момент и каково состояние основных фондов. Для получения информации об использованных ресурсах за прошедшее время необходимо воспользоваться отчётной документацией медицинского учреждения, хотя, как было отмечено выше, такая информация может оказаться не совсем точной. И наконец, из-за отсутствия некоторых видов данных на уровне поставщика медицинской услуги необходимая информация может быть получена от органов управления здравоохранением различных уровней. Возможно также сопоставление отчётной информации, поступившей непосредственно от поставщиков медицинских услуг и от государственных органов управления здравоохранением. Тем не менее проведение такого сравнения может быть затруднено из-за различных уровней детализации данных и по причине недостатков системы учёта.

Инструменты сбора данных о затратах

Информация о расходах медицинских учреждений очень важна для определения будущей потребности в ресурсах при планировании и финансировании медицинских услуг. Кроме того, информация об издержках может использоваться при разработке мероприятий по их снижению. Наконец, данные о расходах на медицинскую помощь очень важны при сопоставлении результатов оказания медицинских услуг и потраченных ресурсов, что позволяет оценивать результативность медицинской помощи прежде всего с точки зрения экономической и социальной эффективности.

Сведения о расходах медицинских учреждений могут быть получены из отчётной информации ЛПУ, путём интервьюирования ответственных сотрудников медицинских учреждений, а также из данных мониторинга экономической эффективности.

Выбор источников и инструментов сбора данных

Сбор данных может потребовать много времени и средств. Поэтому важно решить, каким образом можно воспользоваться преимуществами имеющихся источников данных и провести дополнительный сбор информации так, чтобы обеспечить её максимальное использование для оценки результативности медицинских услуг. Выбор метода сбора данных и применяемых инструментов зависит от располагаемых ресурсов, временных рамок и требований к качеству добываемой информации.

Одним из основных этапов при разработке стратегии мониторинга и оценки является рассмотрение различных источников доступных данных. В первую очередь необходимо определить, какие показатели отчётности медицинских учреждений могут использоваться для дальнейших исследований.

Если этой информации недостаточно, то в зависимости от целей исследования должны быть разработаны программы обследования поставщиков и потребителей медицинских услуг. Если в дальнейшем для проведения оценок понадобятся новые данные, то при разработке концептуальной модели необходимо учесть дополнительные институциональные возможности и другие ресурсы, необходимые для получения информации.

Оптимизация ввода данных

Обработка результатов обследований производителей медицинских услуг, пациентов и домохозяйств, так же как и процедура подготовки информации для анализа, обычно занимает много времени. Чтобы сократить этот процесс, можно осуществлять ввод данных одновременно со сбором данных. При возможности вместо бумажных анкет лучше использовать электронные. Ошибки вводимых значений желательно отслеживать с помощью программ проверки данных.

Периодичность мониторинга

Решение о периодичности мониторинга должно определяться на основании потребности в свежих данных и затрат на их сбор. Отчётная информация (индикаторы входных ресурсов, расходы поставщиков и потребителей медицинских услуг, объёмы оказанных услуг) собирается органами управления здравоохранением ежегодно. Тем не менее для исследования динамики отдельных показателей может понадобиться более частое отслеживание (ежемесячно или ежеквартально). Периодичность обследований производителей и потребителей медицинских услуг, как было сказано выше, определяется исходя из целей исследования и располагаемых ресурсов.

Количественные и качественные методы сбора данных

При проведении мониторинга рекомендуется использовать различные источники информации, собранной при помощи как количественных, так и качественных методов. Если количественные методы применяются для численной оценки определённых показателей, то качественные предназначены преимущественно для детального исследования отдельных моментов посредством сбора сведений о предпочтениях, ощущениях и личных оценках людей в отношении вопросов охраны здоровья. Сбор данных в таком случае не ограничивается уже разработанными стандартами и категориями. Примером таких методов могут служить неструктурированные или полуструктурированные интервью, а также обсуждения в фокус-группах. В табл. 12 представлен сравнительный анализ характеристик количественных и качественных методов исследования результативности медицинских услуг.

Таблица 12. Сравнительные характеристики количественных и качественных методов.

Критерии сравнения	Количественные методы	Качественные методы
Методики	Стандартизированные, в т.ч. структурированные интервью, анализ документов и т.д.	Нестандартизированные или полустандартизированные, в т.ч. прямое наблюдение, фокус-группы и т.д.
Достоинства	Сбор информации от статистически значимого числа респондентов, возможность выводов по поводу характеристик генеральной совокупности. Возможность получения надежных, повторяемых данных. Формализованность обработки и интерпретации данных	Сбор широкого спектра информации, позволяющий провести глубокий и разносторонний анализ объекта исследования. Относительная экономичность. Меньше организационных сложностей
Недостатки	Заранее заданное ограничение собираемой информации. Возможность получения неадекватных ответов респондентов. «Свободная» интерпретация данных. Высокая стоимость проведения исследования	Методическая зависимость от исследователя, опасность излишнего субъективизма в анализе, сложность анализа и интерпретации полученных данных. Отсутствие статистических обоснований полученных результатов. Невозможность распространять обобщения на большие группы людей

Требования к данным и методам оценки

Требования к собираемым данным формируются под воздействием целей и задач мониторинга и оценки. Поскольку оценка результативности услуг здравоохранения предполагает применение различных схем в зависимости от используемых индикаторов, то и требования к собираемым данным также будут различаться.

Таким образом, требования к данным зависят от схемы оценки результативности медицинских услуг. В то же время выбор методологии оценки будет зависеть от наличия данных, ресурсных и временных ограничений, типа оцениваемых услуг и необходимого уровня достоверности результатов. Поэтому схему оценки надо выбирать в соответствии с временными и ресурсными ограничениями организаций, проводящих мониторинг и оценку. При ограниченных возможностях количественные, качественные и временные требования к сбору информации могут быть понижены.

Как было сказано выше, при использовании количественных индикаторов часто полезно определить их начальные (базисные) значения и задачи, которые указанные индикаторы должны выполнять. Например, базисное значение может отражать ситуацию, имевшую место до начала реализации определённой программы. При отсутствии данных о базисных значениях необходимо разработать систему сбора соответствующей информации. Затруднение для исследователя может представлять тот факт, что индикаторы достижения целей могут быть качественными и не поддаваться количественному определению.

Оценка стоимости мониторинга

Осуществление высококачественного мониторинга и оценки сопряжено с материальными затратами, особенно в тех случаях, когда предполагается проводить обследования с составлением выборок. Большие затраты необходимы для найма персонала (например внешних экспертов по составлению выборок), проведения тренингов и обеспечения документооборота. Кроме того, оценка качества медицинской помощи и регулярный сбор данных предполагают дополнительные издержки. По этим причинам затраты на мониторинг и оценку часто недооцениваются при бюджетировании. Основное правило при оценке стоимости мониторинга должно

состоять в том, что важность данных следует соизмерять со стоимостью их получения.

Разработка бюджетов программ мониторинга должна осуществляться в следующем порядке:

- идентификация тех ресурсов в организации, проводящей мониторинг, которые уже используются и применение которых не повлечёт за собой дополнительных издержек (зарплата персонала, стоимость аренды офисных помещений, стоимость офисного оборудования — компьютеров, копировальной техники, транспортные расходы);
- оценка необходимого количества персонала и других прямых издержек на координацию различных компонент мониторинга;
- оценка стоимости каждого отдельного мероприятия по сбору данных;
- оценка стоимости обработки и анализа данных;
- оценка расходов на распространение результатов (если есть множественные каналы распространения, важно, чтобы эти расходы на конечный этап планировались с самого начала).

Планы мониторинга и оценки должны отражать финансовые реалии. Располагаемые финансовые и кадровые ресурсы определяют масштаб возможных мероприятий. Поэтому должен быть найден баланс между выбором основных индикаторов, измерением этих индикаторов и имеющимися ресурсами. Иногда полезно изменить индикаторы или способы сбора данных, чтобы гарантировать качественный мониторинг и оценку в соответствии с имеющимися ресурсами.

Раздел 3. Результативность услуг здравоохранения

Под результативностью понимается степень достижения поставленных целей. С точки зрения индикаторов оценка результативности предполагает сопоставление фактических значений индикаторов со значениями, определёнными в соответствии с поставленными задачами. Степень достижения поставленных целей может оцениваться при помощи индекса результативности. Такой индекс определяется на основании одного индикатора или набора индикаторов, например при помощи взвешенной суммы балльных оценок. Индекс результативности отражает фактически достигнутый уровень рассматриваемого показателя к «потенциальному» (максимально возможному). Показатели результативности медицинских услуг могут быть разбиты на три основные группы:

- **медицинские показатели:** объёмы оказанных медицинских услуг по видам медицинской помощи и по отдельным специальностям, количество пролеченных пациентов с определённым заболеванием, число пациентов, относящихся к определённой социальной группе, и т.п.;
- **экономические показатели:** затраты на оказание медицинских услуг, удельный вес расходов на оплату определённых видов медицинской помощи, отдельные показатели использования финансовых средств;
- **социальные показатели:** показатели смертности, рождаемости, средней продолжительности жизни, заболеваемости, удовлетворённость населения качеством медицинской помощи.

Эффективность

Оценка эффективности медицинских услуг предполагает сопоставление полученных результатов с ресурсами, потраченными на их достижение. В основе общей оценки эффективности услуг здравоохранения лежат два основных понятия:

- **экономическая эффективность,** связывающая объёмы медицинских услуг с затратами; повышение экономической эффективности предполагает экономию расходов при сохранении объёмов медицинской помощи или увеличение объёма услуг при сохранении объёмов финансирования;

- **социальная эффективность**, состоящая в обеспечении определённого уровня качества медицинской помощи в рамках располагаемых ресурсов; этот показатель важен с точки зрения доступности медицинской помощи определённого качества.

Отметим, что с учётом проблем оценки качества медицинской помощи наиболее корректному измерению поддаётся экономическая эффективность. Тем не менее для потребителей медицинских услуг наибольшее значение имеет их социальная эффективность.

Общая оценка эффективности расходов на здравоохранение предполагает определение соотношения достигнутого социально значимого результата и потраченных при этом ресурсов. Эффективное расходование общественных средств заключается в достижении поставленной цели при максимальной экономии финансовых ресурсов.

При анализе эффективности расходования ресурсов должны быть определены:

- набор индикаторов, характеризующих достижение поставленных целей;
- нормативные значения контрольных индикаторов;
- шкала для численной оценки полученных результатов, предполагающая единый алгоритм оценки отклонения достигнутых показателей от нормативного значения.

На основании оценок отклонения достигнутых показателей от нормативного значения определяется общий коэффициент достижения результатов (индекс результативности). Критериями результативности деятельности медицинских учреждений выступают:

- степень достижения поставленных целей, выраженная через сопоставление достигнутых и плановых показателей;
- экономическая эффективность использования ресурсов;
- правильность выбора медицинских технологий и соблюдения стандартов их качества.

Применение единой системы показателей для оценки результативности общественных расходов в здравоохранении позволяет оценивать степень достижения поставленных целей по повышению эффективности использования ресурсов при

помощи числовых критериев. Использование общей методики упрощает сравнение результативности оказываемых услуг как между отдельными ЛПУ, так и между различными муниципальными образованиями и регионами.

Качество медицинских услуг

К настоящему времени не существует единого определения качества медицинских услуг. Исследовательской группой Всемирной Организации Здравоохранения предложен системный подход к оценке качества, при котором качество медицинской помощи оценивается с точки зрения:

- **адекватности**, характеризующей соответствие применяемых медицинских технологий потребностям и ожиданиям населения (адекватность может быть оценена на основании влияния применённой процедуры на состояние здоровья и качество последующей жизни пациента);
- **экономической эффективности**;
- **научно-технического уровня**, свидетельствующего о современности применяемых методов профилактики, диагностики и лечения.

В настоящее время в большинстве исследований рассматриваются три аспекта качества медицинской помощи:

качество структуры (организация работы персонала, квалификация медицинских работников, материально-техническое и лекарственное обеспечение медицинского процесса);

качество процесса (соблюдение стандартов медицинской помощи и правильности выбора медицинской технологии);

качество конечного результата (экономическая и социальная эффективность, медико-демографические показатели, удовлетворённость пациентов полученными услугами, качество жизни).

Для оценки качества с точки зрения указанных компонентов необходима информация, свидетельствующая об адекватности медицинской помощи с точки зрения соответствия фактически применяемых технологий диагностики и лечения потребностям и ожиданиям населения, а также полноты учёта современных достижений в области медицинских знаний и технологий. Анализ структурных показателей качества медицинских услуг должен проводиться на основании

обследований поставщиков медицинских услуг, включающих как исследование ресурсов медицинских учреждений, так и проведение интервью с медицинским персоналом. Информация о качестве процесса может быть собрана тремя основными способами: наблюдением за приёмом врача, из отчётной информации медицинских учреждений и из медицинских карт. Качество результата в здравоохранении может быть оценено на основании индексов результативности. Необходимые для этого медицинские и экономические индикаторы результативности могут быть получены из отчётной информации учреждений здравоохранения и из данных обследований ЛПУ. Одним из критериев социальной эффективности услуг здравоохранения является удовлетворённость пациентов. Степень удовлетворённости клиентской группы должна оцениваться путем обследований населения.

Мониторинг экономической эффективности

Данный вид мониторинга ставит своей целью выяснить, является ли достигнутое в ходе реализации программы распределение ресурсов (например, кадровых, финансовых или технологических) оптимальным. Программы могут быть социально эффективными, но неэффективными экономически. Мониторинг экономической эффективности важен, по крайней мере, по трем причинам.

Во-первых, *без систематического анализа трудно выявить все возможные альтернативы*. Например, предлагая организацию нового отделения для лечения больных, страдающих хроническими пульмонологическими заболеваниями, часто забывают рассмотреть уже существующие возможности лечения в терапевтическом отделении стационара общего профиля или на дому. Более того, иногда необходим еще более широкий взгляд: просветительские профилактические программы могут дать значительно более эффективный путь снижения заболеваемости по ряду диагнозов⁵, и, следовательно, их тоже необходимо добавить к перечню исследуемых альтернатив.

Во-вторых, *необходимо очень четкое понимание того, с чьей точки зрения анализируются альтернативы*. Программа, процедура, услуга может казаться очень привлекательной с одной точки зрения и совершенно неприемлемой с другой. Простейшим примером может служить система платных услуг, очень эффективная с точки зрения медицинского учреждения, оказывающего услуги, но совершенно

⁵ К числу таких заболеваний можно отнести клещевой энцефалит, острые заболевания желудочно-кишечного тракта и другие.

неприемлемая для тех пациентов, которые не могут эти услуги оплатить. Альтернативы можно проанализировать, например, с точки зрения:

- пациента, получающего услуги;
- медицинского учреждения;
- органов управления здравоохранением разных уровней;
- страховых медицинских организаций, оплачивающих услуги;
- отдельных социальных групп населения;
- общества в целом.

Иногда бывает очень полезно рассмотреть несколько различных точек зрения. Так, медицинское учреждение, анализирующее целесообразность внедрения новой платной услуги, должно заботиться и о том, чтобы не оказаться в убытке (анализ с точки зрения медицинского учреждения), и о том, чтобы у услуги нашлись покупатели (анализ с точки зрения пациента). В теоретических исследованиях чаще всего анализ выполняется с точки зрения общества в целом, однако, решая конкретные вопросы, можно принимать и более узкую точку зрения. Если же результаты анализа, выполненного с различных точек зрения, различны, можно попытаться найти компромиссное решение. Например, если некоторая программа выглядит предпочтительной с точки зрения органов управления здравоохранением, но непривлекательной с точки зрения медицинского учреждения, органы управления здравоохранением могут предпринять ряд политических шагов, чтобы сделать эту программу более привлекательной для медицинских работников. Если программа платных высокотехнологичных услуг, весьма привлекательная с точки зрения медицинского учреждения, выглядит непривлекательной для пациента из-за цены, руководителям медицинского учреждения можно, например, рассмотреть возможности сохранения двух типов услуг: старого (менее эффективного с медицинской точки зрения, но доступного для пациента) и нового. Так уже поступают, например, многие стоматологические учреждения, предлагающие пациентам различные типы пломбировочных материалов.

В-третьих, *необходима количественная оценка затрат на реализацию программ и сопоставление их с достигнутыми результатами*, без которого медицинские предложения и рекомендации могут оказаться неприемлемо дорогими. Следует понимать, что реальной ценой любой программы, процедуры, услуги является не денежная сумма, которую приходится платить, а то совокупное здоровье,

которое можно было бы приобрести, используя поглощенные программой ресурсы. Эти неиспользованные возможности следует выявить и сопоставить с результатами предлагаемой программы при помощи экономических оценок.

Экономический анализ рассматривает лечение как процесс, в котором ресурсы (персонал, оборудование, лекарства, денежные средства) используются для получения результата, связанного с улучшением состояния здоровья и продлением жизни пациента. Поэтому необходимой составной частью любого анализа является оценка *результативности* лечения или диагностики. Оценка результативности должна определить, приводит ли процесс лечения к желаемым конечным результатам. Оценку результативности обычно делят на два этапа: *оценку клинической действенности*, осуществляемую в идеальных условиях клиники, и *оценку технологической результативности*, соответствующую лечению в обычном лечебном учреждении со всеми его недостатками: небрежностью медицинских работников, эпизодическим нежеланием пациентов следовать указаниям врача и другими. Во втором случае результаты могут оказаться значительно ниже, причем будут зависеть от конкретного медицинского учреждения.

Полный экономический анализ включает определение, измерение и сопоставление затрат и результатов по двум или нескольким альтернативам, дающие основания для квалифицированного выбора. Полный экономический анализ обычно делят на четыре группы в соответствии с используемыми методами (минимизация затрат, затраты-результативность, затраты-выгода, затраты-полезность).

Метод минимизации затрат

Наиболее проста для анализа ситуация, когда две или несколько предлагаемых программ, процедур, услуг приводят к совершенно одинаковым результатам (примером могут быть несложные хирургические вмешательства, осуществляемые в стационарных и амбулаторных условиях, лечение неосложненных заболеваний в дневном стационаре или в стационаре круглосуточного пребывания). В этом случае применим *метод минимизации затрат*, который сводится к выбору наиболее дешевой альтернативы. В рамках метода возможен анализ распределения затрат (например, исследование того, в какой мере стационарозамещающая технология перекладывает издержки на пациента). Однако выводы все равно будут делаться по

затратам в пересчете на одну операцию, на одного пролеченного больного, на один выполненный анализ или на другую единицу деятельности.

Метод минимизации затрат в общем случае не сводится к оценке затрат. Чтобы анализ был полным, необходимо представить убедительные доказательства того, что различий результатов альтернатив нет или эти различия незначительны. Поэтому такой анализ часто проводится одновременно с анализом результативности или сразу после него.

Анализ «затраты-результативность»

Рассмотрим более сложную ситуацию, когда две альтернативные программы ставят одну цель, однако различаются не только затраты, но и степень достижения результата. Например, может стоять вопрос о сохранении жизни пациента при помощи двух разных вмешательств, не только требующих разных затрат, но и дающих разные вероятности благоприятного исхода. В этом случае нельзя автоматически выбирать программу, минимизирующую затраты, если она не приводит к большему продлению жизни. Сопоставляя такие альтернативы, следует рассчитать ожидаемое продление жизни и сравнить затраты на единицу результата (например, на каждый выигранный в результате лечения год жизни). Такой анализ, направленный на достижение качественно общих результатов, различающихся только количественно, называется *анализом «затраты-результативность»*. Результат такого анализа выражают обычно либо через затраты на единицу результата (рубли, потраченные на каждый дополнительный год жизни), либо через результат на единицу затрат (число выигранных лет жизни на каждый потраченный рубль).

Важно, что анализ затраты-результативность можно применять не только для однотипных вмешательств. Можно сопоставлять и совершенно разные программы, направленные на единую цель, например сохранение жизни. Так, можно сравнивать программы, направленные на лечение (в том числе оперативное) кардиологических заболеваний, профилактику туберкулеза, почечный диализ при отказе почек и даже профилактическую программу борьбы с курением. Главное — чтобы эти программы ставили единую цель, например продление жизни.

Для более близких программ возможно сопоставление и более частного результата. Так, в качестве меры результата может быть использовано число верно поставленных диагнозов (при различных методах обследования), сокращение дней нетрудоспособности и т.д.

Анализ «затраты-выгода»

Результаты альтернативных программ не всегда можно свести к единому натуральному показателю. Одни программы ставят целью продление жизни, другие — ускорение лечения, а многие программы приводят одновременно к нескольким результатам. Так, программа вакцинации ставит своей целью не только сохранить жизнь, но и уменьшить количество дней нетрудоспособности; хирургическое вмешательство может продлить жизнь, но привести к инвалидности.

Чтобы сопоставить такие разнородные программы, необходимо либо выделить во всех сопоставляемых программах один приоритетный показатель, либо найти такой показатель, который позволит выразить ценность всего множества результатов.

Анализ, в котором и затраты и результаты выражаются в денежном эквиваленте, называется *анализом «затраты-выгода»*. Результат этого анализа выражают либо в форме отношения денежных затрат к денежной выгоде, либо в виде суммы (возможно, отрицательной), показывающей чистую прибыльность или убыточность одной программы относительно другой. В последнем случае полученная оценка дает информацию об абсолютной прибыльности или убыточности программ, то есть оценку ресурсов, которые удастся сберечь или создать, выполнив данную программу. Это, по сути дела, означает сопоставление каждой из программ с альтернативой “ничего не делать”. Следует помнить, однако, что такая альтернатива обычно означает продолжение существующей практики, которой соответствуют определённые затраты и выгоды. Такие затраты и выгоды необходимо учитывать в анализе, иначе результаты могут привести к выбору экономически невыгодной альтернативы.

На практике анализ «затраты-выгода» удобно применять в тех случаях, когда затраты и результаты легко выразить в денежном измерении. Например, это один из лучших методов анализа выгоды платных медицинских программ, внедряемых медицинскими учреждениями.

Анализ «затраты-полезность»

Многие результаты медицинского воздействия трудно, а иногда невозможно выразить в денежном измерении. Анализ «затраты-полезность» позволяет оценить выигрыш не только в количестве, но и в качестве дополнительных лет, выигранных в результате лечения. Для этого вводится единый показатель результатов, достигнутых

в результате применения лечения. Наиболее распространен метод, выражающий результат в годах жизни с учетом качества (для этого параметра общепринято обозначение при помощи английской аббревиатуры QALY — Quality Adjusted Life Years, читается «кволи»). Для того чтобы оценить число QALY, каждое состояние оценивают в баллах от 0 (смерть) до 1 (совершенно здоров). Эти оценочные значения носят название *коэффициентов полезности*. Далее выигранные годы жизни умножаются на соответствующие им коэффициенты полезности, что и дает число QALY. Например, если в результате вмешательства жизнь человека продлена на 5 лет, оцениваемые по шкале коэффициентов полезности в 0,6 балла, результат вмешательства составит $5 \cdot 0,6 = 3$ QALY. Результат может быть дробным, а в случае вмешательств на короткие сроки (например, сокращение сроков лечения при острых заболеваниях) можно перейти к более мелкой мере — дням жизни с учетом качества.

В ряде работ вместо QALY используется другой показатель — DALY (Disability Adjusted Life Years — годы жизни с учетом инвалидности). В этом случае результаты анализа выражаются через затраты на один DALY.

Важно понимать, что сложность анализа должна зависеть от широты постановки вопроса. В сложных случаях сопоставляются как затраты, так и результаты. Если результаты однотипны, но степень их достижения различна, применим анализ «затраты-результативность», если же результаты программ разнородны и трудносопоставимы, применяют анализ «затраты-выгода» или «затраты-полезность».

Все эти типы анализа связаны между собой и имеют свои преимущества и ограничения. В некоторых случаях приходится применять сразу несколько методов (и не всегда они дают одинаковые результаты). Однако в любом случае выводы анализа могут служить основой для принятия решения.

Наконец, следует понимать, что любой из методов легче применить к относительно простым случаям (сравнение затрат и результатов по нескольким альтернативным программам лечения конкретной группы заболеваний), чем к комплексным программам — таким, как программа обязательного медицинского страхования или программа государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению. Однако экономические оценки могут и должны стать неотъемлемой частью разработки отдельных частей этих комплексных программ. Например, они могут применяться для сопоставления альтернативных

технологий, включаемых в программу государственных гарантий. Ниже в таблице представлены измерение затрат и результатов в различных методах экономического анализа.

*Таблица 13. Измерение затрат и результатов в различных методах
экономического анализа*

Тип анализа	Показатели (единицы измерения) затрат на альтернативные программы	Совпадение (или различие) результатов	Показатели (единицы измерения) результатов
Анализ минимизации затрат	Денежный эквивалент (рубли)	Идентичны во всех отношениях	Нет
Анализ «затраты- результативность »	Денежный эквивалент (рубли)	Единый результатирующий эффект одинаков для обеих альтернатив, но степень его достижения различна	Натуральные показатели: дополнительные годы жизни, сокращение числа дней нетрудоспособности, и т.п.)
Анализ «затраты- выгода»	Денежный эквивалент (рубли)	Результатирующие эффекты не обязательно совпадают по обеим альтернативам, степень достижения одинаковых результатов может быть различна по рассматриваемым альтернативам	Денежный эквивалент (рубли)

Анализ «затраты-полезность»	Денежный эквивалент (рубли)	Результирующие эффекты не обязательно совпадают по обеим альтернативам, степень достижения одинаковых результатов может быть разной для разных программ	Дни здоровой жизни или (что используется чаще) годы жизни с учетом качества
-----------------------------	-----------------------------	---	---

Иногда принятие наиболее экономически эффективного решения невозможно ввиду определенных законодательных ограничений или нормативов, установленных органами управления здравоохранением, или сложившейся практики трактовки нормативных рекомендательных документов. Так, повсеместное внедрение малоинвазивных хирургических технологий позволяет без ущерба для пациента сократить длительность его пребывания в стационаре, в результате чего возникает возможность сокращения достаточно большого числа койкомест. Наиболее рациональным с точки зрения минимизации затрат решением для большого города в этих условиях было бы закрытие хирургического отделения в одном из существующих стационаров, что дало бы сразу возможность резкого сокращения постоянных затрат на содержание помещений. При этом врачебные и сестринские кадры следовало бы сохранить и распределить между остальными аналогичными отделениями, поскольку число операций делалось бы не меньшее, а может быть и большее, причем высокотехнологичные операции требуют достаточно больших затрат времени хирургов и сестер. Внедрению наиболее экономически эффективных технологий могут препятствовать и трудности с набором и удержанием высококвалифицированного персонала (нет смысла покупать сложное оборудование, если на нем некому работать), сопротивление персонала или руководства более высокого ранга внедрению организационных новшеств, неблагоприятное общественное мнение и многие другие факторы, которые необходимо принимать во внимание.

Учесть все достоинства и недостатки различных альтернатив часто бывает достаточно трудно. В этом случае принятию квалифицированного и обоснованного решения способствует некоторая стандартизация процесса принятия решения.

Раздел 4. Совершенствование механизмов мониторинга и оценки

Система мониторинга и оценки на муниципальном уровне может разрабатываться поэтапно. Практика показывает, что во многих случаях лучше разработать несколько простых схем, которые могут быть реализованы в ближайшем времени, чем проектировать сложные и затратоёмкие механизмы. На начальном этапе следует произвести инвентаризацию существующих возможностей по мониторингу и оценке, имеющихся у органов государственной власти, местного самоуправления, отраслевых министерств, органов государственной статистики и других организаций (институтов, различных негосударственных организаций). Такой подход способствует нахождению дополнительных источников информации и преодоления недостатка ресурсов и необходимых навыков.

Для улучшения осуществляемых на муниципальном уровне схем мониторинга результативности услуг здравоохранения могут рекомендоваться следующие подходы.

1. Установление и развитие партнёрских отношений с организациями, занимающимися сбором и анализом данных с целью обучения навыкам мониторинга и оценки. Возможными партнёрами могут быть исследовательские институты, компании, занимающиеся опросами общественного мнения, консалтинговые фирмы и другие заинтересованные организации. Сотрудничество таких организаций может осуществляться в различных формах, включающих заключение контрактов на проведение обследований, предоставление грантов для разработки систем мониторинга и подготовки специалистов, осуществление совместных исследований.

2. Распространение российского и международного опыта мониторинга и оценки путём проведения обучающих семинаров с участием специалистов и представителей администраций муниципальных образований. Организация обучающих мероприятий и обмен опытом способствует развитию сотрудничества между научными работниками и государственными служащими, ответственными за проведение мониторинга и оценки.

Желательно, чтобы реализуемые на федеральном, региональном и местном уровнях процедуры мониторинга в сфере здравоохранения дополняли друг друга. Органам местного самоуправления и гражданам особенно важна оценка эффективности стратегий, проводимых на муниципальном уровне. Государственные организации отвечают преимущественно за сбор и анализ данных на федеральном и

региональном уровнях, в то время как местные структуры могут анализировать отдельные подмножества региональных данных, а также собирать и анализировать информацию, предназначенную для оценки влияния на основные показатели результативности местной политики и программ.

Совершенствование механизмов обратной связи

Мониторинг и оценка результативности услуг здравоохранения не должны осуществляться в отрыве от реализуемой политики. Необходимо, чтобы они были тесно связаны с механизмами принятия решений, обеспечивая, таким образом, обратную связь для органов управления здравоохранением, администраций, разработчиков программ и гражданского общества.

Механизм обратной связи призван обеспечивать использование результатов мониторинга и оценки при принятии решений о будущих действиях. Необходимо, чтобы полученные результаты находили широкое применение. Для этого важно довести их до всех заинтересованных сторон. Системы мониторинга и оценки, нацеленные на предоставление результатов ограниченному кругу пользователей (например, отраслевому министерству), рискуют быть использованы не в полной мере и потерять политическую и финансовую поддержку. Совершенно бесполезно тратить время и ресурсы на сбор данных и индикаторов, если эти данные не используются в полной мере.

Применение результатов мониторинга и оценки при принятии управленческих решений

Механизмы мониторинга и оценки должны использоваться как мощный инструмент, направленный на обеспечение эффективности управления в отрасли. Хорошо разработанная система управления, включающая в себя элементы мониторинга и оценки, позволяет:

- достичь прогресса с целью достижения поставленных целей;
- сравнивать между собой показатели деятельности учреждений и других компонентов системы здравоохранения;
- идентифицировать проблемы или слабые места в управлении и функционировании системы;

- планировать будущие мероприятия, причем планирование должно включать в себя распределение ресурсов и постановку целей и задач.

В конечном счёте мониторинг и оценка должны способствовать улучшению экономической и социальной эффективности проводимой политики путём чёткого выявления как тех компонент, что работают хорошо, так и тех, что работают плохо. Проведение подобной диагностики может привести к пересмотру отдельных тактических мероприятий, например приостановке тех действий, которые кажутся неэффективными, и разработке новых подходов к преодолению проблем и устранению слабых мест.

Результаты мониторинга и оценки не должны использоваться отдельно от основы для принятия управленческих решений ещё и по той причине, что сами по себе они не раскрывают причин успехов и неудач проводимой политики. Тем не менее мониторинг и оценка создают основу для дискуссии между всеми субъектами системы здравоохранения. В этом случае полученные результаты могут способствовать принятию управленческих решений, ведущих к успеху в долгосрочном плане.

Стратегия распространения результатов должна принимать во внимание информационные потребности различных участников: органов управления здравоохранением всех уровней, органов местного самоуправления, министерства финансов, разработчиков политики, получателей медицинской помощи, средств массовой информации и научной общественности.

Отчёты о результативности проводимой политики и реализуемых программ могут быть предназначены для регионального министерства здравоохранения и органов местного самоуправления. Средства массовой информации можно оповещать при помощи пресс-релизов. В дальнейшем СМИ могут осуществлять информирование населения об основных тенденциях в сфере здравоохранения муниципального образования. Распространение результатов среди общественных организаций может осуществляться с помощью семинаров, симпозиумов и круглых столов. Использование интернет-технологий для распространения информации увеличивает её доступность для всех заинтересованных лиц.

Помимо основных результатов общественность должна получить доступ к базам данных и подробным описаниям методики анализа. Открытый доступ повышает прозрачность полученных результатов и способствует их принятию в

обществе. Доступность информации также дает возможность заинтересованным организациям провести независимый анализ и повышает спрос на данные, способствуя, таким образом, созданию постоянно действующей системы мониторинга и оценки.

Выше отмечалось, насколько важно доведение результатов мониторинга и оценки до сведения разработчиков политики в сфере охраны здоровья граждан. Поскольку основные политические решения принимаются на стадии разработки бюджета, то необходимые показатели должны быть доступны органам местного самоуправления и другим ответственным институтам во время подготовки бюджета. При этом необходимы не только данные о расходах, основных выходных продуктах, но и показатели, свидетельствующие о степени эффективности проводимой политики.

Стимулирование участия в мониторинге и оценке

Важную роль при разработке методики мониторинга результативности услуг здравоохранения играют различные консультации как с представителями организаций, участвующих на разных этапах в программе мониторинга, так и со всеми, кто заинтересован в результатах исследования. Консультации важны для достижения согласия в том, какие задачи и индикаторы должны быть выбраны, что способствует более широкому использованию результатов и их принятию в обществе. Консультации помогают определить индикаторы оценки эффективности медицинской помощи, особенно с точки зрения её социально значимого результата, а также способствуют привлечению экспертов из негосударственных организаций.

Общественные и негосударственные организации могут играть важную роль в процессе мониторинга, предоставляя как экспертное содействие, так и участвуя в мониторинге независимо или в кооперации с муниципальным сектором. Кроме того, негосударственные и общественные организации могут обладать опытом проведения различных обследований и совместного сбора и анализа данных, очень полезным для органов местного самоуправления. Широкое распространение результатов исследований способствует вовлечению негосударственных и общественных организаций, являющихся пользователями собираемой информации, в процесс мониторинга и оценки.

Компас клинических целей медицинского учреждения

Для наглядности оценки процесса и результатов оказания медицинской помощи потребителям медицинских услуг представляем компас клинических целей медицинского учреждения (см. рисунок 4).



Рисунок 4. Компас клинических целей медицинского учреждения

Данное наглядное представление целей деятельности медицинского учреждения также может помочь в определении целей и задач мониторинга результативности услуг здравоохранения.

Примерный список вопросов анкет для пациентов медицинских учреждений

Общие вопросы о качестве медицинской помощи

Как Вы считаете, за последние два-три года качество медицинских услуг в Вашем населённом пункте...

- 1) ухудшилось
- 2) улучшилось
- 3) не изменилось
- 4) затрудняюсь ответить

Как Вы оцениваете качество медицинской помощи, оказываемой медицинскими учреждениями Вашего населённого пункта?

1. Очень высокое
2. Высокое
3. Среднее
4. Довольно низкое
5. Очень низкое

Что Вас больше всего не устраивает в сфере медицинского обслуживания в Вашем населённом пункте?

1. Большие очереди к специалистам
2. Трудности с записью к врачу
3. Низкая квалификация медицинского персонала
4. Отсутствие необходимого оборудования
5. Недостаточное лекарственное обеспечение
6. Неформальные платежи (случаи взяточничества и вымогательства со стороны медицинских работников)
7. Плохое отношение к пациентам со стороны медицинского персонала

8. Высокая стоимость платных медицинских услуг
9. Другое (указать что) _____
10. Меня всё устраивает
11. Затрудняюсь ответить

Как вы считаете, можете ли Вы или другие члены Вашей семьи при необходимости получить хорошее медицинское обслуживание в Вашем населённом пункте?

1. Определённо да
2. Скорее да, чем нет
3. Скорее нет, чем да
4. Определённо нет
5. Затрудняюсь ответить

Вопросы анкеты для пациентов стационарного учреждения

Достаточен ли был, по Вашему мнению, срок, отведённый на госпитализацию?

1. Да
2. Нет, срок завышен
3. Нет, срок занижен
4. Затрудняюсь ответить

В целом, удовлетворены ли Вы полученной стационарной помощью?

1. Да
2. Скорее, да
3. Скорее, нет
4. Нет
5. Затрудняюсь ответить

Удовлетворены ли Вы условиями пребывания в стационаре?

1. Да

2. Скорее, да
3. Скорее, нет
4. Нет
5. Затрудняюсь ответить

Удовлетворены ли Вы питанием в стационаре?

1. Да
2. Скорее, да
3. Скорее, нет
4. Нет
5. Затрудняюсь ответить

Как Вы оцениваете обеспечение медикаментозными средствами в стационаре?

1. Я получил(а) все прописанные медикаменты
2. Отдельных медикаментов в стационаре не оказалось
3. Очень многие медикаменты в стационаре отсутствовали

Имели ли место факты грубого отношения к Вам со стороны медицинского персонала?

1. Да
2. Нет

Как Вы оцениваете профессиональный уровень врачебного персонала стационара?

1. Высокий
2. Средний
3. Низкий
4. Затрудняюсь ответить

Как Вы оцениваете профессиональный уровень среднего медицинского персонала стационара?

1. Высокий
2. Средний

3. Низкий
4. Затрудняюсь ответить

Во время Вашего пребывания в стационаре были ли проведены все необходимые процедуры по проблеме Вашего заболевания? *(Под процедурами понимаются обследования и лечение, соответствующие Вашему заболеванию.)*

1. Да
2. Нет
3. Затрудняюсь ответить

Соответствуют ли, на Ваш взгляд, методы обследования и лечения в стационаре современному уровню?

1. Да
2. Скорее, да
3. Скорее, нет
4. Нет
5. Затрудняюсь ответить

Вопросы анкеты для пациентов амбулаторно-поликлинического учреждения

В целом, удовлетворены ли Вы полученной амбулаторно-поликлинической помощью?

1. Да
2. Скорее, да
3. Скорее, нет
4. Нет
5. Затрудняюсь ответить

Назовите, пожалуйста, основные недостатки в работе амбулаторно-поликлинического учреждения. *(Можете отметить несколько вариантов ответа.)*

1. Отсутствие приема врачей в выходные дни

2. Неудобное время приёма врачей
3. Неудобное время работы вспомогательных служб (лабораторий, кабинетов функциональной диагностики)
4. Наличие очередей
5. Грубое или невнимательное отношение медицинского персонала
6. Наличие очередей
7. Другое (укажите) _____
8. Меня всё устраивает в работе амбулаторно-поликлинического учреждения
9. Затрудняюсь ответить

Достаточно ли, по Вашему мнению, было отведённого времени приёма у врача?

1. Да
2. Нет
3. Затрудняюсь ответить

Как Вы оцениваете профессиональный уровень врачебного персонала амбулаторно-поликлинического учреждения?

1. Высокий
2. Средний
3. Низкий
4. Затрудняюсь ответить

Соответствуют ли, на Ваш взгляд, методы обследования и лечения в амбулаторно-поликлиническом учреждении современному уровню?

1. Да
2. Скорее, да
3. Скорее, нет
4. Нет
5. Затрудняюсь ответить