

**ВЫСШАЯ ШКОЛА ЭКОНОМИКИ
Национальный исследовательский университет**

**ТРАНСПАРЕНТНОСТЬ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ:
СОСТОЯНИЕ, ОГРАНИЧЕНИЯ, ПЕРСПЕКТИВЫ**

Препринт WP8/2023/01
Серия WP8
Государственное и муниципальное управление

Москва
2023

Редакторы серии WP8
«Государственное и муниципальное управление»
А.В. Клименко, А.Г. Барабашев

Авторы:

*С.В. Шишкин С.В., И.М. Шейман, В.В. Власов, О.А. Бочарова, Н.Ю. Габуня,
А.Д. Лолаева, Т.С. Менкржевская, Е.Г. Потапчик, С.В. Сажина, И.М. Степанов,
Ю.В. Тимофеев, В.И. Шевский*

Транспарентность системы здравоохранения: состояние, ограничения, перспективы [Текст]: препринт WP8/2023/01 / С.В. Шишкин и др.; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2023. – (Серия WP8 «Государственное и муниципальное управление»). – 71 с.

Под транспарентностью в здравоохранении понимается прозрачность (открытость, доступность) информации об условиях оказания медицинской помощи для населения, правилах распределения ресурсов в системе здравоохранения, результатах деятельности медицинских организаций, органов управления здравоохранением, страховщиков.

В работе представлен анализ специфики и ограничений транспарентности в здравоохранении, ее роли в обеспечении эффективности системы здравоохранения. Обсуждаются ограничения транспарентности в российской системе здравоохранения, в том числе транспарентности условий оказания медицинской помощи, правил распределения ресурсов, результатов работы медицинских организаций. Представлены полученные методом фокус-групповых дискуссий новые эмпирические данные об отношении врачей и представителей пациентских сообществ к усилению прозрачности работы медицинских организаций. Проанализированы возможности усиления транспарентности применительно к конкретным параметрам функционирования системы здравоохранения. На основе результатов выполненного исследования сформулированы рекомендации для государственной политики.

Ключевые слова: доступность информации, транспарентность, прозрачность, здравоохранение, система здравоохранения, обязательное медицинское страхование, медицинская организация

Препринт подготовлен на основе данных исследовательского проекта, выполненного в рамках Программы фундаментальных исследований НИУ ВШЭ.

Препринты Национального исследовательского университета
«Высшая школа экономики» размещаются по адресу: <http://www.hse.ru/org/hse/wp>

© Авторы, 2023.

Оглавление

Авторы.....	4
Перечень сокращений и обозначений	5
Введение.....	6
1. Специфика здравоохранения и ограничения его прозрачности.....	8
1.1. Ограничения прозрачности условий оказания медицинской помощи	8
1.2. Методологические проблемы публичной отчетности.....	13
1.3. Причины ограничений прозрачности правил распределения ресурсов	15
2. Уровень прозрачности системы здравоохранения в России	17
2.1. Информационные потоки в российской системе здравоохранения	17
2.2. Российский контекст ограничений прозрачности здравоохранения	21
2.3. Оценка открытости и доступности информации о медицинских организациях в системе независимой оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями.....	23
2.4. Сложившиеся практики получения населением информации о деятельности медицинских организаций	24
3. Анализ ограничений прозрачности правил распределения ресурсов в российской системе ОМС	28
3.1. Регулирование порядка распределения объемов медицинской помощи в системе ОМС	28
3.2. Практика распределения объемов помощи в системе ОМС	30
4. Влияние прозрачности системы здравоохранения на эффективность ее функционирования.....	34
5. Возможности усиления прозрачности российского здравоохранения.....	39
5.1. Востребованность информации о получении медицинской помощи	39
5.2. Отношение врачей и пациентов к усилению прозрачности работы медицинских организаций	43
5.3. Анализ возможностей усиления прозрачности конкретных параметров системы здравоохранения.....	48
5.3.1. Схема анализа	48
5.3.2. Пример анализа возможностей усиления прозрачности системы здравоохранения для пациентов	50
5.3.3. Пример анализа возможностей усиления прозрачности системы здравоохранения для врачей.....	53
5.3.4. Пример анализа возможностей усиления прозрачности системы здравоохранения для менеджеров медицинских организаций	58
5.3.5. Результаты анализа возможностей усиления прозрачности системы здравоохранения	60
6. Рекомендации для государственной политики по усилению прозрачности системы здравоохранения	65

Авторы

Шишкин С.В. – д.э.н., директор Центра политики в сфере здравоохранения Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики»

Шейман И.М. – к.э.н., профессор кафедры управления и экономики здравоохранения Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики»

Власов В.В. – д.м.н., профессор кафедры управления и экономики здравоохранения Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики»

Бочарова О.А. – старший менеджер ООО «Валидейта»

Габуня Н.Ю. – преподаватель кафедры управления и экономики здравоохранения Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики»

Лолаева А.Д. – координатор проектов ООО «Валидейта»

Менкржевская Т.С. – заместитель генерального директора ООО «Валидейта»

Потапчик Е.Г. – ведущий научный сотрудник Центра политики в сфере здравоохранения Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики»

Сажина С.В. – ведущий аналитик Центра политики в сфере здравоохранения Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики»

Степанов И.М. – директор центра новых технологий управления бюджетными услугами Института государственного и муниципального управления Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики»

Тимофеев Ю.В. – к.э.н., доцент Высшей школы бизнеса Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики»

Шевский В.И. – консультант Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики»

Перечень сокращений и обозначений

ВМП – высокотехнологичная медицинская помощь

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ЕГИСЗ – Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения

ЕМИАС – Единая медицинская информационно-аналитическая система города Москвы

КСГ – клинико-статистическая группа

КТ – компьютерный томограф

ЛПУ – лечебно-профилактическое учреждение

МРТ – магнитно-резонансный томограф

ОМС – обязательное медицинское страхование

ОЭСР – организация экономического сотрудничества и развития

ПМСП – первичная медико-санитарная помощь

ТП ОМС – территориальная программа обязательного медицинского страхования

ЭКО – экстракорпоральное оплодотворение

Введение

Транспарентность – это свойство взаимоотношений и взаимодействий, выражающееся в том, что органы власти, учреждения и организации предоставляют всем заинтересованным сторонам необходимую для принятия рациональных решений и их последующей реализации информацию в открытой, полной, своевременной и понятной форме¹. В общественном сознании имеется широко разделяемое представление о низком уровне прозрачности (транспарентности) российской системы здравоохранения. Но работ, посвященных вопросам транспарентности здравоохранения, пока очень мало. Основными предметами проведенных исследований выступают информационная наполненность сайтов медицинских организаций^{2, 3, 4, 5}, органов управления здравоохранением⁶, эффективность системы государственной статистической отчетности в сфере здравоохранения и доступность ее данных^{7, 8}.

Усиление прозрачности деятельности субъектов системы здравоохранения и субъектов системы обязательного медицинского страхования для органов государственного управления, профессиональных, экспертных, пациентских сообществ, других субъектов этих систем может стать реальным инструментом повышения эффективности российского здравоохранения, включая эффективность использования ресурсов и улучшение клинических результатов. Вместе с тем специфика организации и оказания медицинской помощи и особенности сложившейся в стране системы здравоохранения накладывают ограничения на допустимые уровни прозрачности. Ее резкое и масштабное усиление может иметь негативные последствия для стабильности

¹ Костина Н.Б., Ханипова И.Т. Транспарентность и ее виды в контексте социолого-управленческого знания // Дискуссия. 2017. № 1 (75). <https://cyberleninka.ru/article/n/transparentnost-i-ee-vidy-v-kontekste-sotsiologoupravlencheskogo-znaniya>.

² Тарасенко Е.А. Сайт медицинской организации как инструмент коммуникации с пациентами // Здравоохранение. 2011. № 7. С. 42–48.

³ Ходакова О.В., Евстафьева Ю.В. Комплексная оценка официальных сайтов медицинских организаций // Здравоохранение Российской Федерации. 2017. Т. 61. № 2. С. 70–75.

⁴ Полухин Н.В. Анализ информационного наполнения сайтов медицинских организаций в сети интернет // Вестник «Биомедицина и социологи». 2018. Т. 3 [1]. <http://dx.doi.org/10.26787/nydha-2618-8783-2018-3-1-21-24>.

⁵ Эккерт Н.В., Полухин Н.В. Представление информации для потребителей медицинских услуг на веб-сайтах медицинских организаций: проблемы и пути решения // Медицинские технологии: оценка и выбор. 2019. № 3. С. 62–70. https://elibrary.ru/download/elibrary_42362187_29548470.pdf

⁶ Иванов И.В. Анализ информационной прозрачности и общественной ориентированности сайтов региональных органов управления здравоохранением // Здравоохранение. 2015. № 8. С. 60–65.

⁷ Омеляновский В.В., Железнякова И.А. Совершенствование системы ведомственной статистической отчетности в сфере здравоохранения. М.: РАНХиГС, 2019. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3347552>

⁸ Перхов В.И. О транспарентности обязательного медицинского страхования // Менеджер здравоохранения. 2018. № 10. С. 14–22. https://elibrary.ru/download/elibrary_36613592_44770028.pdf

функционирования системы оказания медицинской помощи. В силу этих обстоятельств возможности, издержки и риски усиления прозрачности российского здравоохранения требуют специального изучения.

Цель данного исследования состоит в проведении анализа специфики и ограничений прозрачности в здравоохранении, ее роли в обеспечении эффективности системы здравоохранения и возможностей ее усиления.

Достижение поставленной цели включает решение следующих задач:

- 1) анализ влияния специфики системы здравоохранения на ограничения ее прозрачности;
- 2) оценка уровня прозрачности системы здравоохранения в России;
- 3) анализ ограничений прозрачности в российской системе здравоохранения, в том числе условий оказания медицинской помощи, правил распределения ресурсов, результатов деятельности и их влияния на стабильность и эффективность ее функционирования;
- 4) выявление отношения врачей и пациентов к усилению прозрачности работы медицинских организаций;
- 5) анализ возможностей усиления прозрачности системы здравоохранения в России;
- 6) разработка рекомендаций для государственной политики по усилению прозрачности системы здравоохранения.

В настоящем исследовании мы рассматриваем *прозрачность* как наличие и доступность информации для субъектов системы здравоохранения о ее компонентах. Далее мы будем использовать понятия «*прозрачность*», «*открытость*» как синонимы.

В качестве *объектов исследования*, к которым мы прилагаем понятие прозрачности, мы рассматриваем следующие составляющие системы здравоохранения:

- а) условия оказания медицинской помощи для населения;
- б) институты (правила) распределения ресурсов в системе здравоохранения;
- в) результаты деятельности субъектов системы здравоохранения.

Под *субъектами системы здравоохранения* нами понимаются:

- пациенты,
- медицинские работники и в первую очередь врачи,
- медицинские организации и их менеджеры,

- органы управления здравоохранением,
- страховые медицинские организации и фонды обязательного медицинского страхования.

Предметом данного исследования выступают:

- уровень прозрачности системы здравоохранения и ее составляющих,
- ограничения прозрачности системы здравоохранения,
- влияние уровня прозрачности и ограничений прозрачности на функционирование системы здравоохранения, в том числе на эффективность деятельности ее субъектов.

Разделы данной работы соответствуют последовательности решаемых задач исследования.

1. Специфика здравоохранения и ограничения его прозрачности

1.1. Ограничения прозрачности условий оказания медицинской помощи

Ограничения прозрачности условий оказания медицинской помощи – это факторы, препятствующие сбору информации о деятельности медицинских организаций и отдельных врачей и ее распространению для публичного пользования. В зарубежных публикациях на эту тему используется понятие ненамеренных последствий (unintended consequences), то есть негативных результатов для отдельных поставщиков медицинской помощи и системы здравоохранения в целом⁹. Во многих работах признается, что проблема прозрачности не так проста, как кажется на первый взгляд. Нужна определенная осторожность в повышении степени открытости информации, требуется ясное понимание, к кому обращена эта информация, какие цели преследует ее открытость, как это может повлиять на результаты работы медиков и возможности потребительского выбора поставщиков медицинских услуг¹⁰.

Основываясь на анализе зарубежной литературы, можно выделить следующие ограничители прозрачности информации об условиях оказания медицинской помощи.

Консерватизм врачебного сообщества. Исторически врачебное сообщество исходило из принципа клинической автономии, не допускающего вмешательства посторонних субъектов

⁹ *Rechel B. et al.* Public reporting on quality, waiting times and patient experience in 11 high-income countries // *Health Policy*. 2016 (Apr.). Vol. 120 (4). P. 377–383. doi: 10.1016/j.healthpol.2016.02.008.

¹⁰ *Canaway R. et al.* Perceived barriers to effective implementation of public reporting of hospital performance data in Australia: a qualitative study // *BMC Health Services Research*. 2017. 17. P. 391. doi:10.1186/s12913-017-2336-7

в дела врачей, особенно оценку их деятельности государственными или иными органами. Еще в 1980-е годы в медицинском сообществе доминировал негативный подход к попыткам измерять результаты труда врачей и медицинских организаций. В 1986 г. известный медицинский журнал опубликовал мнение британской коллегии врачей (так называется врачебная ассоциация): «Попытка измерять действия врачей и платить за результат – это политическая провокация, подготовленная пустыми философами, приватизаторами и тенденциозными профессорами»¹¹. Но уже в 1990-е годы отношение стало меняться. Усилилось понимание того, что существует недопустимая вариация медицинских практик: в одной и той же стране или даже регионе часто используются разные методы лечения с сильно различающимися результатами. Утверждается точка зрения, что требуется не только измерение работы поставщиков медицинских услуг, но и доведение результатов этих измерений до широкой публики¹².

Публичная отчетность влияет на показатели деятельности поставщиков медицинских услуг двояким образом: через маршрут их выбора пациентами и через ожидаемые изменения в их деятельности. В первом случае информация о результатах привлекает пациентов к лучшим медицинским организациям, во втором – информация позволяет выделить зоны неэффективности и стимулирует изменения в их деятельности¹³. *Vucovic et al.* добавляют третий маршрут влияния публичной отчетности – репутационный (*reputation pathway*). Поставщики услуг с низкими показателями деятельности, установленными публичной отчетностью, теряют репутацию в глазах потребителей и вынуждены улучшать свою работу¹⁴. Но этот маршрут лишь конкретизирует маршрут изменений.

Под влиянием этих ожиданий усиливается общественное давление в отношении открытости информации о деятельности медицинских организаций, в том числе в отношении результатов медицинских вмешательств. Во всех западных странах быстро растут объемы работ в области измерения результатов деятельности поставщиков медицинских услуг. Встреча министров здравоохранения европейских стран на конференции ВОЗ в июне 2008 г. в Таллине (Эстония) подтвердила необходимость и возможность детальных оценок деятельности медицинских

¹¹ Цит. по: *Maynard A.* (2008) *Payment for Performance (P4P): International experience and a cautionary proposal for Estonia*. Health Financing Policy Paper, Division of Country Health Systems.

¹² *Cashin C. et al.* Health provider P4P and strategic health purchasing // *Paying for performance in health care* / C. Cashin, Y.L. Chi, P. Smith, M. Borowitz, S. Thomson (eds). P. 3–22). England: Open University Press, 2014.

¹³ *Rechel B. et al.* Public reporting on quality, waiting times and patient experience in 11 high-income countries // *Health Policy*. 2016 (Apr.). Vol. 120 (4). P. 377–383. doi:10.1016/j.healthpol.2016.02.008.

¹⁴ *Vukovic V. et al.* Does public reporting influence quality, patient and provider's perspective, market share and disparities? A review // *European Journal of Public Health*. 2017. Vol. 27. No. 6. P. 972–978.

организаций и систем здравоохранения в целом¹⁵. Иными словами, консерватизм врачебного общества по вопросу об открытости информации постепенно преодолевается.

Не всегда ясное определение цели и адресата публичной отчетности о деятельности поставщиков медицинских услуг. В зарубежной литературе есть разные точки зрения по этому вопросу. Первая исходит из того, что широкая публика не должна быть главной аудиторией для отчетности. Обосновывается это недостаточной грамотностью населения в вопросах медицины, структурными барьерами (недостаточными возможностями для выбора поставщика услуг), недостаточной культурой консьюмеризма, то есть слабой вовлеченностью пациентов в отстаивание своих прав. Исследователи, отстаивающие эту точку зрения, считают, что публичная отчетность должна ориентироваться на профессионалов и делают акцент на инструментальной ценности отчетности, то есть на ее способности создать стимулы к улучшению показателей работы. Другая группа исследователей указывает на ценности демократического общества, делающие необходимым подотчетность медиков перед налогоплательщиками, поэтому считает, что целевой аудиторией отчетности должно быть общество в целом. Отсюда и более высокие требования к содержанию отчетности: все, что характеризует деятельность поставщиков медицинских услуг, должно быть достоянием общества¹⁶.

В реальной практике зарубежных стран есть много примеров доминирования второй точки зрения. *Marshall et al.* отмечают, что адвокаты публичной отчетности «неясно ставят цели соответствующих инициатив и не имеют ясных представлений о реакции разных стейкхолдеров»¹⁷. В обзоре практик публичной отчетности в семи западных странах делается вывод о том, что эти системы адресуются сразу нескольким аудиториям и часто не соответствуют их возможностям правильно воспринять информацию, поскольку характер информации и способы ее представления могут потребовать специальных знаний¹⁸.

Можно предположить, что далеко не всякая открытая информация способствует улучшению деятельности врачей и других медицинских профессионалов. Например, информация об их

¹⁵ WHO. WHO European Ministerial Conference on Health Systems: "Health Systems, Health and Wealth". Tallinn, Estonia, 25–27 June 2008.

¹⁶ *Canaway R. et al.* Perceived barriers to effective implementation of public reporting of hospital performance data in Australia: a qualitative study // *BMC Health Services Research*. 2017. 17 (1). P. 391. doi:10.1186/s12913-017-2336-7

¹⁷ *Marshall M.N. et al.* Public reporting on quality in the United States and the United Kingdom // *Health Affairs*. 2003. 22. P. 134–148. doi:10.1377/hlthaff.22.3.134.

¹⁸ *Cacace M. et al.* How health systems make available information on service providers. Experience in seven countries. 2011. P. 94. http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/technical_reports/2011/RAND_TR887.pdf. Accessed 19 Aug 2016.

клинических ошибках имеет большое значение как элемент организационной культуры медицинской организации; ее открытое обсуждение позволяет учиться на ошибках и в конечном итоге делать меньше ошибок; наличие такой информации прямо коррелирует с безопасностью и качеством медицинской помощи в медицинской организации¹⁹. Но ее публичность может негативно сказаться на желании и способности врачей браться за лечение сложных больных и осваивать новые методы медицинских вмешательств. При этом важно учитывать, что вероятность ошибок возрастает при усложнении методов лечения. Кроме того, эта информация может быть неправильно интерпретирована потребителями медицинских услуг, выбирающими медицинскую организацию. Наличие врачебных ошибок может быть воспринято как показатель низкого качества медицинской помощи в медицинской организации, хотя они могут быть результатом действия более широкого набора факторов, в том числе большей сложности пациентов. Следует учитывать и этические соображения, включая вероятность публичного унижения заслуженных профессионалов из-за случайных ошибок.

Данный пример свидетельствует о необходимости четкого определения назначения открытого представления информации. В этом и подобных случаях можно создавать разные системы отчетности, рассчитанные на разные аудитории. Принцип транспарентности совсем не обязательно является эквивалентом принципа общедоступности информации.

Размежевание концептуальных позиций о назначении информации может служить серьезным ограничителем транспарентности. Аргумент о том, что потребители ее не поймут или поймут неправильно, нередко служит оправданием полного отказа от транспарентности, хотя правильной будет четко определить сферу распространения информации: если потребители не поймут, то разумно ориентировать информацию на врачебную аудиторию.

Риски возникновения негативных стимулов у поставщиков медицинских услуг. Эти риски в наибольшей степени характеризуют понятие ненамеренных последствий. Во-первых, это риск отбора пациентов по степени сложности. *Rechel et al.* отмечают, что врачи могут избегать пациентов с высокой вероятностью неудачных результатов лечения. Это всегда негативно сказывается на моральной атмосфере в медицинских организациях и противоречит интересам пациентов, от которых отказываются врачи²⁰. Но, по мнению ряда исследователей,

¹⁹ *Toffolutti V., Stuckler D.* Culture Of Openness Is Associated With Lower Mortality Rates Among 137 English National Health Service Acute Trusts // *Health Affairs*. 2019. 38. No. 5. P. 844–850.

²⁰ *Rechel B. et al.* Op. cit.

убедительные доказательства наличия такого отбора в практике здравоохранения европейских стран отсутствуют²¹. Большинство врачей заботятся о своей профессиональной репутации, а для многих из них лечение сложных больных является показателем высокого профессионального уровня. Да и возможности такого отбора существуют далеко не всегда в силу экстренного характера основной части медицинских вмешательств.

Во-вторых, есть опасность работы на выполнение тех показателей, которые включены в набор индикаторов публичной отчетности медицинских организаций. Это обычная проблема, возникающая при любом измерении качества работы профессионала (gaming, или манипулирование показателями). Ее острота определяется самим набором показателей и используемыми методиками оценки. Манипулирование сдерживается в тех случаях, когда используются эффективные методы агрегирования результатов оценки по отдельным критериям и показателям. Имеет значение и порядок отчетности, в том числе контроль за недопущением таких случаев. Существует значительный объем литературы по вопросу агрегирования данных и «взвешивания» отдельных показателей – в рамках исследований метода оплаты за результат (pay for performance)²².

В-третьих, ненамеренные последствия могут возникать из-за качества исходных данных, используемых для публичной отчетности медицинской организации. Ряд авторов рекомендуют при первичной публикации информации сопровождать ее примечаниями, чтобы пользователи могли понять, какие ограничения присущи тем или иным показателям²³. Добавим к этому возможность использования низких «весов» для таких показателей при агрегировании данных: в этом случае слабость показателя или неточность данных компенсируются их низким значением для итогового результата оценки.

Нейтрализация ненамеренных последствий особенно важна в тех случаях, когда публичная отчетность связана с материальным поощрением или наказанием поставщиков услуг по итогам их деятельности. В этих случаях вероятность отбора пациентов и манипулирования показателями возрастает. *Rechel et al.* добавляют к этому ситуацию, когда на основе публичной отчетности принимаются важные решения в рамках политики в области здравоохранения, например,

²¹ *Фейгельман М., Хенке Н.* Прозрачность – главный фактор развития здравоохранения? // Вестник McKinsey. <http://vestnikmckinsey.ru/healthcare-and-pharmaceuticals>

²² *Eckhardt H., Smith P., Quentin W.* Pay for Quality: using financial incentives to improve quality of care // Improving healthcare quality in Europe. Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies / R. Busse, N. Klazinga, D. Panteli, W. Quentin (eds). WHO Observatory on health systems and policies, 2019.

²³ *Фейгельман М., Хенке Н.* Цит. соч.

свертывание определенных проектов и программ²⁴. Поэтому во всех западных странах предпринимаются действия по совершенствованию показателей отчетности, вовлечению врачей в их разработку, усилению селективности транспарентности, то есть ее нацеливанию на определенную аудиторию. Систематический обзор литературы о влиянии публичной отчетности на показатели деятельности поставщиков медицинских услуг, проведенный в 2020 г. *Aydin et al.*, показал, что частота ненамеренных последствий в практике западного здравоохранения имеет тенденцию к снижению²⁵.

1.2. Методологические проблемы публичной отчетности

Транспарентность информации об условиях оказания медицинской помощи во многом зависит от решения методологических проблем измерения деятельности поставщиков медицинских услуг. Можно выделить несколько таких проблем.

Прежде всего это *выбор показателей деятельности*. Если публичная отчетность ориентирована на потребителей медицинских услуг и направлена на облегчение потребительского выбора поставщиков услуг, то нужны такие показатели, которые понятны потребителям и могут быть правильно интерпретированы. Недостаточная вовлеченность медиков в выбор показателей деятельности и неспособность потребителей правильно их интерпретировать могут быть серьезными ограничителями транспарентности.

Rachel et al. (2016) выделяют *проблему агрегирования данных*. В Англии – признанном лидере по масштабам и детализации публичной отчетности в здравоохранении – регулярно публикуются данные о летальности в разрезе каждой больницы. Но исследования показывают, что летальность плохо коррелирует с более детальными показателями, полученными на основе изучения деятельности отдельных больниц, то есть требуется их осторожная интерпретация. Одна из проблем – учет вариации по отдельным подразделениям больниц. Они могут быть очень значительными, искажая средние оценки. Поэтому, по мнению некоторых авторов, оценки должны быть максимально дезинтегрированными. Только в этом случае они могут быть полезными для мероприятий по обеспечению качества²⁶.

²⁴ *Rechel B. et al.* Op. cit.

²⁵ *Aydin R. et al.* Does Transparency of Quality Metrics Affect Hospital Care Outcomes? A Systematic Reviewer of the Literature // *Transforming Health Care Advances in Health Care Management*. 2020. Vol. 19. P. 129–156.

²⁶ *Rechel B. et al.* Op. cit.

Эти же авторы обнаружили, что информация о результатах деятельности отдельных врачей публикуется редко. Только Англия и отдельные штаты США, например, Калифорния, являются исключениями. Это тоже связано с методологическими проблемами измерения: трудно оценить все аспекты деятельности врачей, количество пациентов у одного врача за год невелико, что не позволяет надежно оценить многие аспекты его работы. Можно выделить важные характеристики, например, число определенных операций для кардиохирургов – как показатель уровня освоения этих операций (что важно для потребителей, выбирающих врача). Но вряд ли это в достаточной мере характеризует деятельность кардиохирургов.

Еще одна методологическая проблема – *необходимость учета структуры пациентов по степени сложности (case mix)*. Если ее не учитывать, то медицинские организации, берущие на себя лечение наиболее сложных больных с труднопредсказуемыми результатами, с высокой степенью вероятности будут иметь более низкие значения показателей конечных результатов по сравнению с остальными медицинскими организациями. Эта проблема не столь остра при сравнении результатов деятельности однотипных медицинских организаций с примерно однородным составом пациентов и используемых медицинских технологий. Тем не менее в западных странах предпринимаются усилия по разработке методик «выравнивания рисков» (risk adjustment). Более сложные пациенты получают более высокий «вес» в агрегированном показателе деятельности медицинской организации. Для этого используются различные методы стандартизации статистических показателей, например, в США – стандартизированный показатель больницы летальности (Hospital Standardised Mortality Ratio). Показатели публичной отчетности больниц в растущей мере учитывают структуру больных²⁷.

Особенно значительные методологические проблемы возникают при создании публичной отчетности о сроках ожидания плановой медицинской помощи по отдельным медицинским организациям и в целом по медицинским организациям. Во-первых, нужно четко определить точку отсчета срока ожидания стационарной помощи – с момента направления лечащего врача поликлиники на плановую госпитализацию пациента или с момента консультации в стационаре, подтверждающей необходимость госпитализации. Первый подход позволяет учесть весь «путь» пациента к госпитализации. Именно такой подход утверждается в растущем числе стран с развитой экономикой. Во-вторых, публичная отчетность должна основываться не на собственных оценках

²⁷ Healy J., McKee M. Monitoring hospital performance // Euro Observer. 2000. Vol. 2. No. 2.

отдельных стационаров, а на централизованных базах данных о направлениях врачей и фактических госпитализациях. Это предполагает создание систем мониторинга сроков ожидания, действующих на основе единых подходов к измерению. В-третьих, информация о сроках ожидания должна быть дезагрегирована по отдельным специальностям и наиболее востребованным медицинским вмешательствам. Наконец, нужна информация не только о сроках ожидания, но и о листах ожидания – числе ожидающих пациентов в текущем режиме в разрезе отдельных медицинских организаций. Листы ожидания представляют собой относительно сложную технологию, сочетающую сохранение персональных данных, независимое от конечного исполнителя ведение и открытость для общественного контроля. Без решения этих методологических проблем очереди становятся манипулируемыми, а публичная отчетность неизбежно искажает реальную ситуацию. Как показывает исследование, выполненное в НИУ ВШЭ, большинство западных стран в той или иной мере решили эти проблемы и регулярно публикуют достаточно надежную информацию о сроках ожидания²⁸. Этот ограничитель транспарентности действует сегодня в значительно меньшей мере, чем в предшествующие десятилетия.

Методология оценок условий оказания медицинской помощи существенно влияет на их результаты. Транспарентность утрачивает свою роль в тех случаях, когда отчетность опирается на ненадежные показатели и неточные первичные данные.

1.3. Причины ограничений транспарентности правил распределения ресурсов

Ограничения транспарентности распределения ресурсов имеются во многих зарубежных системах здравоохранения. Причины этих ограничений исследуются главным образом в зарубежной литературе по стратегической закупке медицинской помощи. Это относительно новая концепция, сформулированная Всемирной организацией здравоохранения. Суть ее состоит в том, чтобы обеспечить переход от пассивного финансирования через ретроспективную оплату медицинской помощи к активному воздействию на функционирование системы здравоохранения с целью достижения более высоких показателей ее конечной результативности²⁹. Вопросы

²⁸ Сроки ожидания медицинской помощи: зарубежный опыт и российская практика: докл. к XX Апрель. междунар. науч. конф. по проблемам развития экономики и общества, Москва, 9–12 апр. 2019 г. / рук. авт. кол. И.М. Шейман, С.В. Шишкин ; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2019.

²⁹ Busse R. et al. Strategic purchasing to improve health system performance: key issues and international trends // Healthcare Papers. 2007. 8. P. 62–76.

распределения ресурсов, включая степень его прозрачности, являются частью данной концепции³⁰.

В фундаментальной работе Европейской обсерватории политики и реформ в здравоохранении (подразделение ВОЗ) отмечается, что обеспечение прозрачности иногда несет в себе определенные риски. Например, открытая информация может попасть в руки лоббистов и облегчить принятие решений в их пользу. Далеко не всегда открытая информация должна быть обращена к обществу в целом. Иногда достаточно ее адресовать тем, кто может ее понять, правильно проинтерпретировать и использовать для оценки³¹.

В работе *Behzadiar et al.*³², посвященной реализации стратегической закупки медицинской помощи в странах со средним уровнем экономического развития, указывается на такой барьер, как слабая увязка гарантированного пакета бесплатной медицинской помощи с реальными возможностями системы здравоохранения. Если гарантии необоснованно высоки, то велика вероятность рационирования медицинской помощи в неявной форме. Планирующие органы по тем или иным причинам не могут в этом признаться и установить реалистичные приоритеты. А если нет таких приоритетов, то распределение дорогостоящих ресурсов неизбежно зависит от силы стейкхолдеров, доминируют «подковерные» решения. Информация о том, как тратятся деньги, становится все более закрытой. В статье показано, что нереалистичность гарантий в Иране, Мексике, Камбодже существенно усложняет процесс планирования и порождает скрытые для общества каналы распределения средств. Процесс закупки медицинской помощи становится все более закрытым³³.

В ряде зарубежных исследований отмечается недостаточный объем данных для обеспечения эффективного распределения ресурсов, а также связанные с этим высокие транзакционные издержки. Прежде всего это касается данных о потребностях населения в определенных видах медицинских вмешательств. *Klasa et al.*³⁴ отмечают, что в большинстве европейских стран не накапливается объем данных, достаточный для рационального планирования сети

³⁰ Greer S., Wismar M., Figueras J. Strengthening Health System Governance: Better Policies, Stronger Performance, 2015.

³¹ Greer S. et al. Governance: a framework // Strengthening Health System Governance. Better policies, stronger performance / S.L. Greer, M. Wismar, J. Figueras (eds). Open University Press, 2016.

³² Behzadifar M. et al. The barriers to the full implementation of strategic purchasing and the role of health policy and decision-makers: past, current status, ethical aspects and future challenges // J Prev Med Hyg. 2020. 61 (1). E119–E124.

³³ Ibid.

³⁴ Klasa K., Greer S., van Ginneken E. (2018) Strategic Purchasing in Practice: Comparing Ten European Countries // Health Policy. Vol. 122. Iss. 5. P. 457–472.

медицинских организаций и осуществления стратегической закупки медицинской помощи. Имеющиеся инструменты цифровой экономики пока не обеспечивают сбор этих данных. При этом общие оценки трудно декомпозировать для заказа услуг в медицинских организациях, способных лучше обеспечить удовлетворение этих потребностей.

Итак, зарубежный опыт показывает, что ограничения прозрачности распределения ресурсов и объемов медицинской помощи в какой-то степени объясняются сложившимися институтами систем здравоохранения, к числу которых можно отнести: а) наличие медицинских организаций с особо значительными переговорными позициями и возможностями лоббирования своих интересов; б) недостаточное информационное обеспечение процесса распределения ресурсов; в) высокие транзакционные издержки согласования экономических интересов заказчиков и исполнителей; г) отсутствие во многих странах ясных приоритетов распределения ресурсов в ситуации финансово необеспеченных гарантий бесплатной медицинской помощи. Эти ограничения порождены сложностью самой задачи распределения ресурсов и в большинстве своем отражают несовершенство систем управления здравоохранением. Большой объем зарубежной литературы о направлениях и механизмах совершенствования системы стратегической закупки медицинской помощи основан на допущении, что эти и другие ограничения вполне преодолимы.

2. Уровень прозрачности системы здравоохранения в России

2.1. Информационные потоки в российской системе здравоохранения

В системе здравоохранения происходит развитие однонаправленных потоков информации. Отчетные формы заполняются и предоставляются в вышестоящие органы в порядке подчинения, но представившая отчетные формы больница, управление здравоохранением города, региона не имеют доступа к совокупной информации по этим формам на более высоком уровне управления. Соответственно, управленцы больниц лишь избирательно могут получить представление о показателях деятельности других больниц своего региона, других регионов или вообще не имеют доступа к базам данных, в которые они направляли информацию.

Хорошим примером является развитие инсультной помощи в 2009–2016 гг. Заинтересованный в аналитической информации Минздрав России требовал от сосудистых отделений и сосудистых центров ведения регистров больных с инсультом и введения данных этих больных

в централизованную базу данных³⁵. Руководители сосудистых центров, в основном врачи высокой квалификации, были заинтересованы в анализе этой информации, но процедура позволяла им только вводить информацию, а открыть базу данных для анализа, хотя бы анализа по своим пациентам, не допускала. В результате в обследованных нами центрах врачи стали игнорировать заполнение центральной базы данных, в том числе ссылаясь на трудоемкость этого и отсутствие специальных ресурсов. Тем не менее центральная база данных была сформирована и стала источником для аналитических публикаций. В больницах врачи проводят анализ по доступным им локальным или региональным данным^{36, 37, 38}. Исследования, выполненные по совокупным данным, не упоминают проблему неполноты базы данных^{39, 40}. Иными словами, непрозрачность национальной статистики сама по себе является фактором, подвигающим медицинские организации к неполноте собираемой информации и ее неопределенному искажению вследствие этого.

Собираемая Минздравом России информация ограниченно используется даже главными внештатными специалистами, готовящими аналитические доклады по специальностям. Например, многие годы главный онколог руководит составлением отчетов об онкологической заболеваемости и смертности в России⁴¹ и об оказании помощи⁴². Документы широко перекрываются, но оба неполны. Второй не содержит информации о состоянии помощи в регионах страны, а первый – о выявлении злокачественных новообразований по стадиям, хотя эти данные собираются Минздравом и важны для суждения о состоянии и развитии помощи. Некоторые главные специалисты предпринимают усилия для того, чтобы компенсировать неполноценность

³⁵ Маслюк О.А. и др. Госпитальный регистр инсульта в специализированном отделении для больных с острым нарушением мозгового кровообращения // Саратовский научно-медицинский журнал. 2014. 10 (4). С. 819–823. https://ssmj.ru/system/files/2014_04-01_819-823.pdf

³⁶ Там же.

³⁷ Спирин Н.Н., Корнеева Н.Н. Данные госпитального регистра инсульта в Костроме // Фундаментальные исследования. 2012. № 4 (ч. 1). С. 123–128. <https://fundamental-research.ru/ru/article/view?id=29728>

³⁸ Марцевич С.Ю. и др. Госпитальный регистр больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (РЕГИОН): портрет заболевшего и исходы стационарного этапа лечения // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2018. 17 (6). С. 32–38. <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2018-6-32-38>

³⁹ Ключихина О.А. и др. Динамика показателей летальности при разных типах инсульта на территориях, вошедших в Федеральную программу реорганизации помощи пациентам с инсультом // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2019. 119 (12-2). С. 19–26.

⁴⁰ Стаховская Л.В. и др. Эпидемиология инсульта в России по результатам территориально-популяционного регистра (2009–2010) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2013. 113 (5). С. 4–10. <https://www.mediasphera.ru/issues/zhurnal-nevrologii-i-psikhiatrii-im-s-s-korsakova/2013/5/031997-7298201351>

⁴¹ Злокачественные новообразования в России в 2020 году (заболеваемость и смертность) / под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, А.О. Шахзадовой. https://glavonco.ru/cancer_register/%D0%97%D0%B0%D0%B1%D0%BE%D0%BB_2020_%D0%AD%D0%BB%D0%B5%D0%BA%D1%82%D1%80.pdf

⁴² Состояние онкологической помощи населению России в 2020 году / под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, А.О. Шахзадовой. <https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2021/10/pomoshh-2020-el.-versiya.pdf>

официально собираемой информации и реализуют исследовательские проекты, позволяющие, например, получить представление о частоте послеоперационных осложнений. Большинство главных специалистов не публикуют аналитических материалов по специальности, которые могли бы быть вторичными источниками информации о состоянии системы здравоохранения для врачей и для населения. Их доклады на национальных конференциях обычно неполны и не публикуются.

При этом с большой долей уверенности можно предположить, что врачи и управленцы знают или подозревают, что качество информации низкое, а ее содержание может дискредитировать их.

Подобного рода ожидания результатов раскрытия информации основаны на том, что огромные объемы информации собираются в целях контроля и используются для управляющих воздействий «сверху вниз». С этим связаны две больших проблемы. Первая: объем собираемой информации таков, что его невозможно полноценно анализировать, а качество заставляет усомниться в эффективности управляющих воздействий. Вторая: информация собирается в целях контроля и наказания, а потому изначально предельно формализуется и/или фальсифицируется.

Ярким примером является отсутствие данных и/или неправдоподобно малые показатели частоты гнойных осложнений после операций, частоты разрывов промежности при родах. Применительно к инфекциям, связанным с оказанием медицинской помощи, существует значительный разрыв между частотой, сообщаемой в государственной статистике, и частотой, выявляемой при выборочных клинических исследованиях. Если по официальным данным число инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, 25–30 тыс. случаев в год, то по оценкам, основанным на локальных исследованиях, – 2–2,5 млн⁴³. Причины неполного сообщения об инфекционных осложнениях разнообразны, но на первом месте страх перед преследованием со стороны начальства и страх перед штрафами надзорных органов⁴⁴.

Проблема с объективностью оценки работы медицинских организаций, качества медицинской помощи давно осознана как в системе здравоохранения, так и законодателями.

⁴³ Косова А.А., Чалана В.И. Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи, в стационарах России: опыт мета-анализа заболеваемости // Здоровье населения и среда обитания. 2018. № 12 (309). С. 57–63. <https://cyberleninka.ru/article/n/infektsii-svyazannye-s-okazaniem-meditsinskoj-pomoschi-v-statsionarah-rossii-opyt-meta-analiza-zabolevaemosti/viewer>

⁴⁴ Чалана В.И. и др. Эпидемиологический надзор за инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи: результаты социологического исследования в медицинских организациях Ханты-Мансийского автономного округа – Югры // Профилактическая медицина. 2020. 23 (3). С. 48–55. <https://www.mediasphera.ru/issues/profilakticheskaya-meditsina/2020/3/1230549482020031048>

Усовершенствовано законодательство, разработаны клинические рекомендации и стандарты, в соответствии с ними регламентированы критерии качества медицинской помощи; делаются попытки улучшить экспертизу качества медицинской помощи в рамках ОМС и с участием пациентов. Однако эти усовершенствования изначально ограничиваются в своей перспективе.

Так, пациентам предоставляются право и инструменты для высказывания своего мнения об оказанной помощи, но только по вопросам качества условий оказания услуг – сервисных характеристик. Пациентам предполагается разрешить требовать оценку качества предоставленной помощи, но только в виде независимой экспертизы медицинской документации. Независимыми экспертами могут быть только специалисты, которых аккредитует руководство здравоохранения региона⁴⁵. В результате, несмотря на объективно важные нововведения, новые инструменты сконструированы таким образом, чтобы создавать контролируруемую картину. Поскольку иных источников информации нет, постольку несовершенные инструменты будут создавать искаженную картину и дезинформировать принятие решений.

Массив систематически собираемой Минздравом России информации о системе здравоохранения велик и в подавляющем объеме недоступен не только для граждан, но и для исследователей. Он доступен только в виде обобщающих отчетов ЦНИИОЗ и Росстата. Эти отчеты не дают сколько-нибудь детализированной картины даже на уровне региона. Статистика заболеваемости и смертности создается в минимальной детализации – глубина категорий МКБ мала. Эта ситуация сохраняется по существу неизменной в течение последних 40 лет.

В Национальном проекте «Здоровье» предусматривалось создание информационного портала для граждан, нацеленного на просвещение, на информацию о системе здравоохранения, об основных диагностических, лечебных и профилактических вмешательствах. Но итогом реализации этой задачи стало создание портала «Такздорово» (takzdorovo.ru), на котором нет материалов, упоминающих клинические рекомендации, и тем более нет материалов, популярно излагающих современные требования к оказанию помощи при отдельных заболеваниях.

В настоящее время в здравоохранении мы имеем ситуацию, характеризующуюся неполным сбором и ограниченной по качеству информации, которая искажается в интересах создания видимости благополучия. Такое ограничение/ослабление прозрачности приводит к отсутствию обратной связи, необходимой для эффективного управления системой. Ярким примером

⁴⁵ Критерии независимой экспертизы качества медпомощи // СПбМИАЦ. 2019. 22 января. <https://spbmiac.ru/minzdrav-propisal-kriterii-nezavisimojj-ehkspertizy-kachestva-medpomoshhi/>

умышленного отказа от сбора потенциально негативной информации является отказ от сбора данных о побочных эффектах противоковидной вакцинации. Руководители здравоохранения утверждали безопасность вакцинации, ссылаясь на данные, полученные в Аргентине. Такая аргументация приводила к реакции населения, которую можно охарактеризовать как смешанную⁴⁶.

2.2. Российский контекст ограничений транспарентности здравоохранения

Рассмотренные в разд. 1 ограничения транспарентности в полной мере присутствуют и в российском здравоохранении. Но контекст их проявления существенно отличается от западных стран. Во-первых, ресурсное обеспечение здравоохранения в России намного хуже, а значит, ниже возможности достижения высокого уровня доступности и качества медицинской помощи. Это, в свою очередь, сильно влияет на готовность государства открывать информацию о реальных результатах деятельности медицинских организаций и системы здравоохранения в целом. Обусловленные ресурсными ограничениями недостатки в оказании медицинской помощи иногда столь значительны, что представлять информацию о них в полном объеме трудно по политическим причинам. У гражданина страны возникает вопрос, почему так медленно меняется ситуация. И напрашивается ответ: потому что здравоохранение пребывает в состоянии хронического недофинансирования. Данный ответ порождает много других вопросов о бюджетных приоритетах.

Во-вторых, в стране действует централизованная система управления здравоохранением. Она позволяет реализовать важные управленческие и организационно-экономические инициативы в рамках страны в целом, но при этом ограничивает подотчетность региональных органов власти перед обществом в отношении результатов реализации этих инициатив. Вектор отчетности направлен в сторону вышестоящих органов власти, поэтому на первый план выходит информация о достигнутых успехах. Подотчетность органов местного самоуправления перед населением явно недостаточна. Медицинские организации (государственные и муниципальные)

⁴⁶ Минздрав Аргентины о данных по побочным эффектам после «Спутника V». https://yandex.by/news/story/Minzdrav_Argentiny_raskryl_dannye_popobochnym_ehffektam_posle_Sputnika_V43511af609ab629941ad77fd830987ff?lang=ru&fan=1&persistent_id=2108&story=69e6692e-05c4-560b-979d-f6ece85096a9

⁴⁷ «Спутник V» // Аргументы и Факты. 2021. 8 июля. https://aif.ru/health/coronavirus/gincburg_strany_ispolzuyushchie_sputnik_v_schitayut_ego_vysokoeffektivnym?utm_source=yx_news&utm_medium=desktop(дата обращения 2022-11-09)

представляют согласованную с органами управления информацию. В их деятельности также доминирует логика «не выносить сор из избы».

В-третьих, отсутствует сильный запрос общества в отношении публичной информации. Потребность населения в отношении параметров доступности и качества медицинской помощи обычно удовлетворяется методом «сарафанного радио». Интерес к объективным показателям деятельности медиков (особенно их результатов), безусловно, существует, но не сформировалось представление о том, что их можно измерять, а тем более делать доступными для общества в целом. Возникнуть такое представление может только тогда, когда государственная власть покажет необходимость и возможность таких измерений.

Консерватизм врачебного сообщества в отношении измерения и публичной отчетности в России выражен в большей степени, чем за рубежом. Главная причина – отсутствие общественного давления и сильной государственной политики в области публичной отчетности. Низкое ресурсное обеспечение медицинских организаций добавляет к этому естественное желание врачей не показывать открыто проблемы своей работы.

Сдержанное отношение врачей к показателям качества и результативности медицинской помощи во многом объясняется их **недостаточной вовлеченностью в разработку этих показателей**. Программа государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи содержит большой набор таких показателей для отдельных видов медицинской помощи. Но все они разработаны Минздравом России – как общие для всех медицинских организаций, участвующих в реализации данной программы. Нам неизвестны какие-либо обсуждения этих показателей.

Как и в западных странах, **в России недостаточно четко определены цель и адресаты публичной отчетности о деятельности медицинских организаций**. Доминирует представление о том, что открытая информация должна быть единой для пациентов и поставщиков медицинских услуг. Между тем их возможности правильно понять и интерпретировать эту информацию часто сильно различаются. Некоторые показатели могут быть адресованы только медикам, что предполагает создание разных систем публичной отчетности.

Важным ограничителем транспарентности условий оказания медицинской помощи является недостаточное ее нормативно-правовое регулирование.

Имеющиеся требования к прозрачности показателей деятельности медицинских организаций направлены преимущественно на обеспечение контрольной деятельности органов управления здравоохранением, то есть на выявление нарушений, а не на определение показателей

реальных результатов работы, которые могли бы быть полезными для потребителей услуг и для обобщения опыта работы медицинских организаций.

Риски возникновения негативных стимулов для медицинских организаций вполне реальны в российском здравоохранении, особенно риск отбора врачами пациентов по степени сложности и риск работы на показатель. Но эти риски можно смягчить или даже нейтрализовать путем решения методологических проблем публичной отчетности, включая проблемы выбора показателей, правильного агрегирования данных, необходимости учета структуры пациентов по степени сложности, четкого определения точки отсчета сроков ожидания плановой госпитализации и ряда других.

Таким образом, ограничителями прозрачности условий оказания медицинской помощи в России, как и в зарубежных системах здравоохранения, являются:

- невысокая готовность врачебного сообщества к открытому представлению результатов своей работы;
- недостаточная вовлеченность медиков в разработку показателей деятельности медицинских организаций;
- нерешенность концептуальных вопросов определения цели и адресатов публичной отчетности;
- недостаточное нормативно-правовое регулирование прозрачности;
- риски возникновения негативных стимулов для медицинских организаций;
- нерешенность многих методологических проблем измерения деятельности медицинских организаций.

Действуют также специфические ограничители, отражающие особенности функционирования российского здравоохранения:

- слабое финансовое обеспечение;
- централизованная система управления здравоохранением с низким уровнем подотчетности перед населением;
- недостаточно сильный запрос общества в отношении публичной отчетности.

Смягчение или нейтрализация этих ограничителей представляет собой важное направление политики в области здравоохранения.

2.3. Оценка открытости и доступности информации о медицинских организациях в системе независимой оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями

Регулирование доступа к информации о деятельности медицинских организаций в нашей стране осуществляется в рамках регулирования порядка независимой оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями. Такая оценка проводится Общественными советами по независимой оценке качества не чаще чем один раз в год и не реже чем один раз в три года в отношении одной и той же медицинской организации. Для оценки используется ряд критериев, в том числе критерий «Открытость и доступность информации о медицинской организации».

По состоянию на ноябрь 2022 г. на указанном сайте была размещена информация о результатах независимой оценки качества 6896 медицинских организаций. По критерию «Открытость и доступность информации об организации» почти 80% медицинских организаций по итогам проведенных мероприятий получили отличные и хорошие оценки, и всего 2% – ниже среднего и неудовлетворительно.

В какой мере эти оценки соответствуют реальным практикам получения населением информации о деятельности медицинских организаций?

2.4. Сложившиеся практики получения населением информации о деятельности медицинских организаций

Выявление существующих практик получения населением информации о деятельности медицинских организаций проводилось в рамках фокус-групповых дискуссий, организованных по заказу НИУ ВШЭ исследовательской компанией Validata в июне 2022 г. в Барнауле, Екатеринбурге, Москве. В каждом городе проведены две фокус-групповые дискуссии. Одна – с пациентами, получающими лечение в государственных/муниципальных лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) и имеющими различные диагнозы: онкология, кардиозаболевания, аутоиммунные заболевания; другая – с врачами различных специальностей, работающими в стационаре и амбулаторном звене.

Результаты фокус-групповых-дискуссий показали, что пациенты используют различные каналы для поиска необходимой информации:

1) *Официальные сайты медицинских организаций.* Их информативность пациенты оценивают невысоко. В восприятии пациентов информация о ЛПУ ограничена и не особенно доступна, как представлено на рис. 1. Только небольшую часть информации о работе ЛПУ достаточно легко узнать. Как правило, пациенты прилагают много усилий и ищут разные источники, чтобы выяснить все, что их интересует. Прозрачность и информативность официальных сайтов ЛПУ существенно различается.

Сайты поликлиник недостаточно информативны, ими почти не пользуются – обычно только для того, чтобы узнать адрес и телефоны. Пациенты критикуют сайты за формальный и устаревший подход – там часто не обновляют информацию по специалистам и графику работы, «это просто какая-то обложка, все по шаблону»⁴⁸. Телефон – более привычный и используемый пациентами канал информации о работе поликлиник. По телефону узнают актуальный график врачей, возможность сделать определенные обследования. Но телефоны перегружены, они не многоканальные, чтобы дозвониться, требуется 30–40 минут. В самих поликлиниках (в регионах) не хватает администратора/диспетчера.

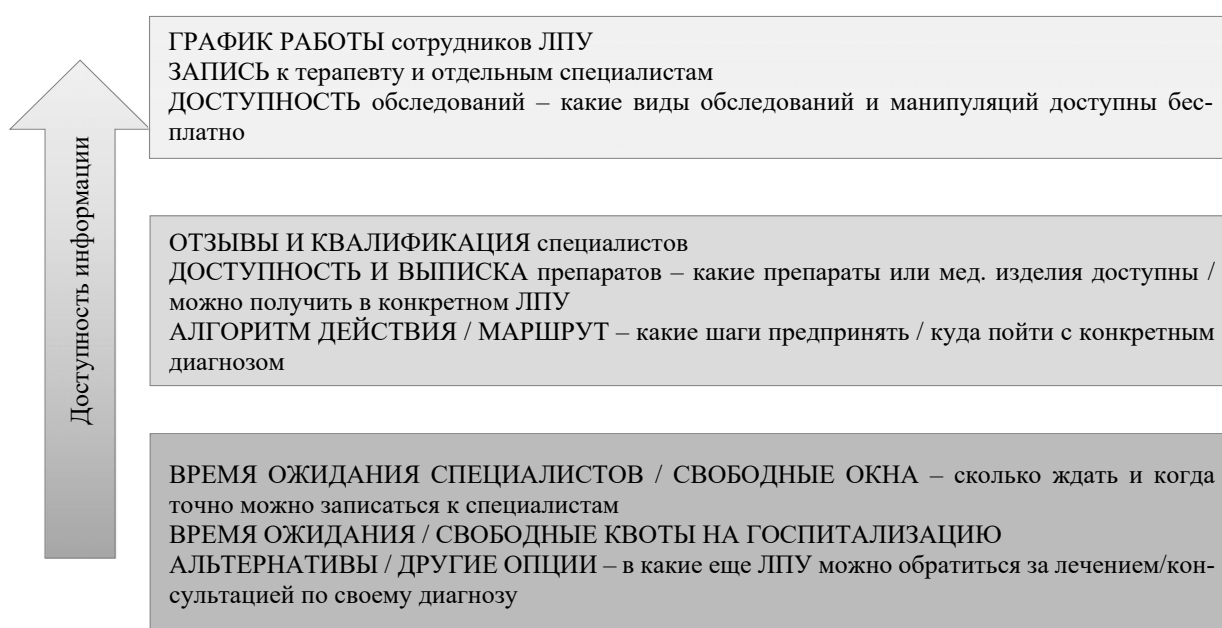


Рис. 1. Доступность информации о работе ЛПУ в восприятии пациентов

Примечание. Чем светлее тон, тем более доступна информация.

Сайты крупных стационаров, особенно федеральных, достаточно информативны – там обычно есть актуальная информация об отделениях, специалистах и услугах. У некоторых ЛПУ есть возможность записи онлайн. Но часто у них недружественный интерфейс, и нужную информацию найти сложно. Пациенты приводят в пример сайты частных медицинских организаций – там всегда очень прозрачно и понятно показана необходимая информация.

⁴⁸ Здесь и далее курсивом и в кавычках выделены цитаты участников фокус-групп.

2) *Прямое обращение в медицинские организации:* по телефонам (в регистратуру амбулаторно-поликлинических организаций, кол-центры, приемный покой и профильные отделения стационаров) и лично. Это позволяет получить актуальную информацию и задать все интересующие пациентов вопросы. Пациенты отмечают наличие сложностей с дозвоном в поликлиники (ожидание на линии до 40 минут), нехватку соответствующего административного персонала.

3) *Региональные и федеральные ресурсы для записи к врачу или на обследования.* Пациенты отмечают несомненное преимущество возможности удаленной записи на прием к врачу, но есть претензии к стабильности работы Портала государственных услуг Российской Федерации («Госуслуги»): *«Прекрасно, что есть сайт “Госуслуги”, где можно записаться онлайн и не надо к шести утра идти и ждать талона. Но этот сайт часто бездействует и виснет»* (пациент, Барнаул). Респонденты, проживающие в Москве, активно используют возможности регионального ресурса ЕМИАС (Единой медицинской информационно-аналитической системы города Москвы⁴⁹), особенно доступ к своим медицинским картам: *«Как я нахожу и смотрю график приема врачей, сдачи анализов? Все смотрю в приложении ЕМИАС, прекрасное приложение, в Москве очень хорошо работает»* (пациент, Москва). В качестве недостатка этой региональной системы указывают на отсутствие подключения к ней федеральных клиник.

4) *Сетевые ресурсы (негосударственные и официальные), содержащие отзывы о врачах: уровень квалификации, опыт работы врачей, репутация.* Участники фокус-групп не доверяют отзывам пациентов, размещенным на официальных сайтах государственных медицинских организаций, и предпочитают использовать сторонние ресурсы для получения более объективной информации. Наиболее востребованный – сайт отзывов о врачах «ПроДокторов»⁵⁰. *«Я смотрю отзывы на “ПроДокторов” или просто вбиваю в поиске фамилию врача. Дальше я смотрю, сколько на него отзывов – чем больше, тем лучше. Особенно важно про узких специалистов почитать. А на сайтах клиник я не читаю – там только красивое пишут»* (пациент, Екатеринбург). При этом пациенты недовольны полнотой представленной информации о врачах.

5) *Неформальные источники (социальные сети, пациентские форумы, «сарафанное радио»).* Пациенты с хроническими заболеваниями активно используют любые доступные

⁴⁹ <https://emias.info/>

⁵⁰ <https://prodoctorov.ru/>

каналы для обмена информацией с другими пациентами. По-прежнему актуально живое общение: в очередях в поликлиниках, во время госпитализации. Высокой популярностью и доверием пользуются пациентские форумы, особенно среди пациентов с тяжелыми и/или редкими диагнозами (онкология, редкие аутоиммунные заболевания, диабет). Востребованы социальные сети, посредством которых пациенты оперативно получают нужную информацию по разным вопросам от других пользователей. *«Я кину клич в свои соцсети, которые сейчас у меня достаточно развиты, подписчиков много. И я буду информацию собирать по сарафанному радио – какая больница по врачам, по обеспечению, квалификация врачей»* (пациент, Москва).

Несмотря на разную степень заинтересованности в получении информации, все пациенты, принявшие участие в фокус-группах, обращают внимание на неудовлетворительную ситуацию с прозрачностью информации о деятельности медицинских организаций.

Врачи отмечают следующие информационные потребности пациентов, которые недостаточно удовлетворены:

- актуальный график специалистов, время ожидания – сколько дней/недель нужно ждать;
- готовность данных обследований и анализов;
- возможности пациентов – какие ЛПУ им доступны для получения лечения их заболевания, где им можно получить «второе мнение» или более качественное лечение;
- алгоритм действий пациента/маршрутизация по определенному диагнозу.

«Я думаю, что в наш компьютерный век вообще нет никаких проблем узнать информацию о медучреждении, о работающих врачах, там столько информации, что порой даже сам не знаешь, что когда-то был в чем-то этом замечен» (врач, Барнаул).

«Если мы говорим про городскую поликлинику, я бы пациентов поделила на две группы. Это те, кто ориентируется в интернете и может почерпнуть информацию о работе врача, о коллективе поликлиники... найти информацию, записаться. И пласт пациентов, в основном возрастных, которым это недоступно в силу технических и физических возможностей. Которые должны приходить в поликлинику, чтобы записаться, спросить рецепт. Тут все сложнее» (врач, Москва).

Врачи признают непрозрачность и нехватку коммуникаций между разными звеньями системы здравоохранения. Главную проблему с точки зрения прозрачности врачи видят в слабой коммуникации между первичным звеном и узкими специалистами и другими ЛПУ, особенно в регионах. Информация о загруженности специалистов в других ЛПУ (например,

консультативно-диагностических центров при стационарах) и особенно стационаров недоступна или недостаточно доступна участковым терапевтам. Из-за этого возникают сложности со своевременным направлением пациентов на необходимые им обследования и консультации. Внутри амбулаторных ЛПУ обычно формируются свои «листы ожидания» между терапевтами и специалистами. В стационаре иногда только заведующий отделением знает, каким количеством свободных коек/квот на операцию располагает отделение и какой возможный «лист ожидания» для пациентов.

ЕМИАС и «инфоматы» в Москве, Портал государственных услуг Российской Федерации («Госуслуги») в регионах признаются врачами прорывным шагом с точки зрения сервиса и информированности для пациентов. При этом они жалуются на их техническое несовершенство – много времени уходит на загрузку информации о пациенте. В Москве есть дополнительная проблема – федеральные медцентры не присоединены к ЕМИАС, и если пациенты там обследуются или лечатся, данные не поступают в единую медкарту.

3. Анализ ограничений транспарентности правил распределения ресурсов в российской системе ОМС

3.1. Регулирование порядка распределения объемов медицинской помощи в системе ОМС

В данном разделе рассматривается распределение объемов медицинской помощи, осуществляемое в региональных системах ОМС в рамках территориальных программ ОМС. Это распределение определяет размер финансового обеспечения медицинских организаций: чем больше объемы, тем больше финансирование.

Распределение объемов медицинской помощи среди медицинских организаций в системе ОМС в субъектах Российской Федерации осуществляется Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – Комиссия). Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные Минздравом России в 2019 г.⁵¹, содержат положение о ее деятельности (далее – Положение). В Комиссию на паритетных началах входят представители органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченного высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации

⁵¹ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».

Федерации, территориального фонда ОМС, страховых медицинских организаций и медицинских организаций, представители медицинских профессиональных некоммерческих организаций или их ассоциаций (союзов) и профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций), осуществляющих деятельность на территории субъекта Российской Федерации.

Комиссия распределяет объемы на отчетный год с поквартальной разбивкой и корректирует в течение года объемы оказания медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями. Распределяются объемы, утвержденные в рамках территориальной программы ОМС. Согласно п. 4 Положения, Комиссия выполняет функцию разработки и установления показателей эффективности деятельности медицинских организаций, позволяющих провести оценку возможности реализации заявленных медицинской организацией объемов медицинской помощи. Это важнейшая ее функция, которая дает возможность обосновать распределение объемов в соответствии с достигнутыми показателями деятельности медицинских организаций. Но в Положении отсутствует конкретизация порядка ее реализации – правил (процедур, алгоритмов) использования оценок эффективности.

Вместо показателей эффективности в Положении (п. 11) определен следующий перечень критериев распределения объемов медицинской помощи между медицинскими организациями:

1) количество прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и показателей объемов предоставления медицинской помощи на одно застрахованное лицо в год, утвержденных территориальной программой, с учетом показателей потребления медицинской помощи, видов медицинской помощи, условий предоставления медицинской помощи и врачебных специальностей;

2) показатели объемов предоставления медицинской помощи на одно застрахованное лицо в год, утвержденных территориальной программой, с учетом профилей отделений (коек), врачебных специальностей, видов медицинской помощи и условий ее предоставления медицинскими организациями, не имеющими прикрепленных застрахованных лиц;

3) количество диагностических и (или) консультативных услуг для обеспечения потребности медицинских организаций по выполнению порядков оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи по заболеваниям и состояниям в полном объеме при отсутствии или недостаточности у медицинских организаций данных диагностических и (или) консультативных услуг;

- 4) соотношение оказанных объемов предоставления медицинской помощи и оплаченных страховыми медицинскими организациями каждой медицинской организации;
- 5) необходимость и возможность внедрения новых медицинских услуг или технологий;
- 6) наличие ресурсного, в том числе кадрового, обеспечения планируемых объемов предоставления медицинской помощи;
- 7) достаточность мощности медицинской организации для выполнения объемов медицинской помощи, заявленных медицинской организацией в уведомлении об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования.

Представленные критерии носят общий характер, они никак не конкретизированы по видам и условиям оказания медицинской помощи. Используя так определенные критерии, можно обосновать любые решения о распределении объемов медицинской помощи, за исключением, возможно, тех случаев, когда финансовые ресурсы направляются в медицинские организации, не имеющие достаточных мощностей для обеспечения плановых объемов.

Важно подчеркнуть, что устанавливаемые объемы медицинской помощи на год для медицинской организации не являются окончательными. Они могут меняться в течение года в зависимости от меняющихся внешних условий – размера финансовых поступлений в территориальный фонд ОМС, изменения способов оплаты медицинской помощи, маршрутизации потоков пациентов и т.п. Анализ Положения показывает, что правила текущего перераспределения не основаны даже на вышеперечисленных самых общих критериях – это система «ручного управления» в зависимости от внешних обстоятельств.

Нормативные документы не содержат требований к Комиссии адекватно информировать страховые медицинские организации и медицинские организации об основаниях принятых решений, тем более делать открытой эту информацию.

3.2. Практика распределения объемов помощи в системе ОМС

Исследование НИУ ВШЭ, проведенное в 2021 г. по заказу Счетной Палаты Российской Федерации⁵², показало, что в территориальных системах ОМС «формализованные алгоритмы распределения объемов медицинской помощи в отношении конкурентных сегментов медицинской помощи не определены, в том числе не установлено применение конкретизированных

⁵² НИУ ВШЭ. Аналитический отчет «Анализ эффективности функционирования системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации (заключительный)». ГК № 16-02p-20-2729. М, 2020.

критериев и показателей качества оказания медицинской помощи». Делается вывод о том, что ключевую роль в распределении объемов медицинской помощи между медицинскими организациями в системе ОМС играют органы управления здравоохранением.

В то же время выявлены некоторые примеры практического применения очень конкретных критериев распределения объемов медицинской помощи между медицинскими организациями для отдельных конкурентных сегментов региональных систем здравоохранения. Так, в Санкт-Петербурге к таковым отнесены сегменты ЭКО, КТ, МРТ. Для них действуют конкретные технологические критерии, отражающие как ресурсное обеспечение этих услуг, так и результаты их предоставления. Например, для ЭКО – частота наступления беременности в расчете на перенос эмбрионов в циклах ЭКО и ИКСИ у пациенток 34 лет и моложе; наличие гинекологического отделения, операционной, отделения реанимации и интенсивной терапии и ряд других. Эти критерии позволяют сравнивать деятельность отдельных медицинских организаций по широкому кругу параметров и распределять объемы. Они являются открытыми и общедоступными, размещены на сайте ТФОМС города. Их разработка осуществлялась специально созданной рабочей группой с широким представительством в ней всех заинтересованных сторон, в том числе частных медицинских организаций.

Однако данный пример является исключением. Можно предположить, что частным медицинским организациям (они занимают существенное место на рынке ЭКО) выгодны четкие критерии распределения объемов: для них это гарантия получения средств ОМС. Без таких критериев средства могут быть переданы государственным учреждениям.

Доминирующей является практика распределения «от достигнутого» – с учетом сложившихся объемов помощи. Более конкретную картину значимости отдельных факторов распределения объемов дают результаты опроса представителей 86 территориальных фондов ОМС, проведенного в рамках вышеупомянутого исследования. Им было предложено оценить эти факторы на основе 5-балльной шкалы. Средние оценки представлены на рис. 2.



Рис. 2. Средние оценки значимости критериев распределения объемов медицинской помощи по 86 территориальным фондам ОМС

Источник: НИУ ВШЭ. Аналитический отчет «Анализ эффективности функционирования системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации (заключительный). ГК № 16-02р-20-2729. М, 2020.

Но эти критерии распределения ресурсов не являются прозрачными для медицинских организаций. На сайтах территориальных фондов ОМС нам не удалось обнаружить результаты распределения объемов медицинской помощи, детализированного по конкретным критериям, пусть даже самым общим и несовершенным.

Авторы данного раздела несколько раз присутствовали на заседаниях Комиссий в Челябинской (2008 г.), Кировской (2010 г.) областях, Ханты-Мансийском АО (2009 г.), в ходе которых руководители медицинских организаций отстаивали свои интересы. Их поочередно запускали на заседание Комиссии и сообщали им уже подготовленные проекты объемов и финансирования, сравнивая с заявками самих организаций. Если расхождений не было, то окончательное решение принималось быстро. Если возникали возражения, то руководство Комиссии обычно ссылалось на сложившиеся неблагоприятные показатели (у вас не снижаются средние сроки госпитализации, высока кредитная задолженность, много жалоб и проч.), но никакие сравнительные цифры по однотипным организациям не приводились, да и сам ход обсуждения был больше

похож на диалог начальника с подчиненным. Только в Челябинской области мы видели сравнительные таблицы показателей деятельности медицинских организаций, которые иногда использовались в качестве аргументов. Но и в этой области сравнительные таблицы не были доступны для публичного пользования. Судя по содержанию принятых впоследствии нормативных документов, мало что изменивших в регулировании процедурных вопросов распределения объемов, эти практики в основном сохранились.

Эта фрагментарная информация дает основания для вывода о том, что реальная практика распределения объемов помощи не является транспарентной.

Ограничения транспарентности распределения ресурсов присутствуют в российском здравоохранении в полной мере, особенно несбалансированность государственных гарантий и их финансирования. Разрыв между ними столь значителен, что сложно определить приоритеты распределения ресурсов, а тем более их обнародовать. Как следует из приведенных данных, Комиссии стремятся распределять объемы медицинской помощи таким образом, чтобы обеспечить стабильность и сбалансированность системы здравоохранения и системы ОМС. Это вполне объяснимая логика, учитывая общую нехватку финансовых ресурсов, необходимость обеспечения выплат заработной платы всем работникам государственных и муниципальных медицинских учреждений, наличие системообразующих медицинских организаций, а также организаций, являющихся монополистами в оказании определенных видов услуг.

Все это объясняет, но отнюдь не оправдывает имеющиеся ограничения транспарентности при распределении объемов медицинской помощи. Даже с учетом несбалансированности государственных гарантий с финансовыми ресурсами распределение ресурсов может быть более прозрачным и ориентированным на поощрение медицинских организаций, демонстрирующим более высокие показатели деятельности в сравнении с другими медицинскими организациями. В ходе распределения ресурсов в эксплицитной форме должны устанавливаться приоритеты рационализации медицинской помощи в условиях недофинансирования здравоохранения, то есть решаться вопрос о видах, профилях и условиях медицинской помощи, которые должны быть объектом первоочередного финансирования. Это особенно важно для тех медицинских организаций, которые осваивают новые медицинские технологии и имеют более высокие клинические результаты медицинских вмешательств. Эти организации должны иметь экономические стимулы к инновациям. Поэтому важнейшей зоной транспарентного распределения ресурсов, по нашему мнению, должны стать инновации. Для этого нужны четкие критерии новизны

используемых медицинских технологий и распределение ресурсов с высоким «весом» данного критерия.

4. Влияние прозрачности системы здравоохранения на эффективность ее функционирования

Ограничения прозрачности выполняют функцию обеспечения стабильности функционирования действующей системы здравоохранения. В этом состоит их позитивная роль. Но эти ограничения консервируют существующие изъяны в системе. Для их ликвидации или смягчения требуется постепенное усиление прозрачности. Это даст возможность повысить эффективность функционирования системы здравоохранения – более высокие показатели здоровья населения в расчете на единицу вложенных ресурсов.

Основываясь на предыдущем анализе, можно выделить несколько направлений влияния ограничений прозрачности системы здравоохранения на эффективность ее функционирования.

1) *Недостаточная публичная отчетность сдерживает стимулы медицинских организаций к повышению качества медицинской помощи.* Большинство исследований зарубежных ученых показывает наличие прямой связи между уровнем публичной отчетности медицинских организаций и показателями качества оказываемой помощи. Например, *Toffolutti, Stuckler*⁵³ показали, что в США открытость информации в медицинских организациях и интегрированных системах тесно коррелирует с качеством и безопасностью медицинской помощи. Там, где она ниже, выше частота повторных госпитализаций при инфаркте миокарда, выше частота послеоперационных осложнений. *Vucovitch et al.*⁵⁴ в обзоре 62 зарубежных статей показали позитивное влияние этого фактора на качественные характеристики медицинской помощи, но при этом отметили необходимость учета непредвиденных последствий в случае обнародования данных. Обзор *Aydin et al.*⁵⁵ показал смешанные результаты влияния на качество. В части исследований такая связь не была обнаружена. Все эти авторы отмечают, что зависимость между прозрачностью и показателями качества не носит линейного характера. Повышение объема открытой информации далеко не всегда ведет к позитивным результатам. *Разная информация дает разные*

⁵³ *Toffolutti V., Stuckler D.* Op. cit.

⁵⁴ *Vukovic V. et al.* Op. cit.

⁵⁵ *Aydin R. et al.* Does Transparency of Quality Metrics Affect Hospital Care Outcomes? A Systematic Reviewer of the Literature // *Transforming Health Care Advances in Health Care Management.* 2020. Vol. 19. P. 129–156.

результаты. При этом отношение к ее прозрачности может меняться в зависимости от внешних факторов.

Показательно в этом смысле отношение к информации о клинических ошибках врачей, доступной для самих врачей. *Toffolutti, Stuckler*⁵⁶ доказывают, что эта информация имеет большое значение как элемент организационной культуры медицинской организации; ее открытое обсуждение позволяет учиться на ошибках и в конечном итоге делать меньше ошибок; наличие такой информации прямо коррелирует с качеством и безопасностью медицинской помощи в медицинской организации. Но одновременно авторы считают, что ее открытость может негативно сказаться на желании врачей браться за лечение сложных больных и осваивать новые методы медицинских вмешательств.

В большинстве стран информация о врачебных ошибках предназначена самим врачам, и ее предоставление зависит от множества внешних факторов, в том числе особенностей правового регулирования ответственности врачей за свои ошибки. В США, где действует развитая система страхования профессиональной ответственности, существует правило неразглашения врачом информации о своей ошибке (она может быть использована против врача в ходе судебного разбирательства), поэтому врачи предпочитают молчать. Но во время пандемии COVID-19, когда выяснилось, что используемые методы лечения этого заболевания на первом этапе были недостаточно эффективны, многие штаты страны отменили действие этого правила. Теперь врачи могут открыто говорить о негативных исходах лечения, в том числе о несовершенных методах лечения. Это позволило врачам более активно обмениваться данными о своих неудачах и учиться друг у друга. Как отмечает группа американских клиницистов, «пандемия чуть не сломала систему здравоохранения, но одновременно указала путь вперед: молчания врачей больше нет»⁵⁷.

В России отсутствуют систематические исследования, демонстрирующие связь публичной отчетности с показателями качества медицинской помощи, – в значительной мере в силу того, что сама эта отчетность носит ограниченный характер и измерять ее влияние очень непросто. Анализ практики распределения объемов медицинской помощи в системе ОМС показал слабость критериев качества в деятельности Комиссий по разработке территориальных программ

⁵⁶ *Toffolutti V., Stuckler D. Op. cit.*

⁵⁷ *Dajer A., Lech C., Willis L. Medical error: An epidemic compounded by gag laws // Stat. 2022. Aug. 17. <https://www.statnews.com/2022/08/17/medical-error-an-epidemic-compounded-by-gag-laws/>*

ОМС. Это распределение осуществляется преимущественно на основе достигнутых объемов медицинской помощи, причем «по силе» руководителей медицинских организаций. Медицинские организации, добившиеся более высоких показателей результатов лечения, не могут рассчитывать на то, что получат более высокие объемы помощи и более значительное финансирование.

Недостаток информации снижает планку требований к показателям деятельности медицинских работников, порождает их не критичное отношение к своей работе. Если нет показателей, на которые нужно равняться, то общепринятой становится работа на то, чтобы быть как все в ближайшем видимом окружении.

Тем не менее для российского здравоохранения также актуален тезис об отсутствии линейной связи между объемом открываемой информации и показателями качества и технологического уровня медицинской помощи. Далеко не всякая открытая информация оказывает стимулирующее влияние на деятельность медицинских организаций. Поэтому наши практические рекомендации по повышению уровня транспарентности системы здравоохранения (разд. 6) касаются конкретных показателей публичной отчетности.

2) Низкая транспарентность системы *повышает риск принятия недостаточно обоснованных приоритетов развития отрасли*. Если общество не знает степени остроты конкретных проблем системы здравоохранения и не допущено к принятию решений, то органы управления здравоохранением выбирают те мероприятия, которые легче выполнить и по которым проще отчитаться. Пример – Федеральный проект «Развитие первичной медико-санитарной помощи». Деклараций о ее приоритетности всегда было достаточно, но в общественном обороте явно недостаточно информации о реальном положении дел в этом секторе здравоохранения – чрезмерной нагрузке участковых врачей, необходимости ждать первого приема такого врача несколько дней во многих регионах страны, низком качестве первичной помощи, ее печальном «вкладе» в высокую смертность от инфарктов и инсультов, прочих распространенных заболеваний. В результате при планировании федерального проекта на первый план вышли второстепенные проблемы (улучшение помощи жителям удаленных районов, повышение уровня сервисных характеристик деятельности поликлиник и проч.), а наиболее важные задачи не были даже поставлены, включая задачи повышения качества диспансерного наблюдения за больными с хроническими и множественными заболеваниями, расширение лечебного и координационного функционала участковых врачей, усиление их взаимодействия с врачами-специалистами и социальной службой, необходимость массового перехода от терапевтической к общеврачебной модели участковой службы. Недостаточно прозрачное установление приоритетов развития отрасли

привело к тому, что проблемы ПМСП «загоняются вглубь». Перспективы заметного улучшения состояния ПМСП в обозримом будущем остаются неясными.

3) Отсутствие достоверной информации и четких правил корректировки плановых объемов медицинской помощи является фактором, обуславливающим неопределенность финансового положения медицинских организаций, негативно влияющим на стабильность их работы.

4) Отсутствие современной системы мониторинга сроков ожидания плановой медицинской помощи существенно ограничивает возможности рационального выбора поставщиков медицинских услуг, порождает неопределенность в отношении возможностей получения помощи в гарантированный государством срок, затрудняет поиск приемлемых альтернатив в частных медицинских организациях. Нереалистично низкие предельные сроки ожидания, устанавливаемые программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, побуждают медицинские организации имитировать их соблюдение, прибегая к различным формам «выведения» средних показателей. Как показал анализ НИУ ВШЭ⁵⁸, практически по всем видам медицинской помощи отсутствует достоверная информация о сроках ожидания, а та информация, которая время от времени появляется, существенно занижает реальные сроки ожидания. Откладывание госпитализаций под влиянием иллюзий скорого получения бесплатной помощи в государственных учреждениях может приводить к ухудшению состояния больного и снижению вероятности успешного лечения. Кроме того, отсутствие информации о сроках ожидания сдерживает перераспределение потоков больных в сторону медицинских организаций с более низкими сроками ожидания.

5) *Нехватка информации о процессе и результатах деятельности поставщиков медицинских услуг затрудняет их выбор пациентами.* Потребность в выборе в здравоохранении растет по мере повышения технологического уровня медицины и усиления ее специализации. Если информации о деятельности медицинских организаций недостаточно или она недостоверная, то возрастает вероятность так называемого «неэффективного выбора», то есть выбора, не обеспечивающего прироста индивидуальной полезности и общественного благосостояния, например,

⁵⁸ Сроки ожидания медицинской помощи: зарубежный опыт и российская практика: докл. к XX Апр. междунар. науч. конф. по проблемам развития экономики и общества, Москва, 9–12 апр. 2019 г. / рук. авт. кол. И.М. Шейман, С.В. Шишкин ; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2019.

в тех случаях, когда высоки издержки поиска, и он затягивается по времени, возникает нарушение этапности оказания медицинской помощи⁵⁹.

б) Недостаточная публичная информация консервирует слабую вовлеченность пациентов в обсуждение проблем отрасли, а также в отстаивание своих прав. Ограничивается развитие форм судебного и внесудебного рассмотрения врачебных ошибок. Это снижает общественное давление на медиков, которое может быть фактором повышения качества их работы. В здравоохранении развитых стран четко наметилась тенденция к публичному предоставлению всей доступной информации, которая может помочь в оценке результативности систем здравоохранения.

Показательна информация, которую дает последний справочник ОЭСР «Взгляд на здравоохранение» за 2021 г. по отдельным странам⁶⁰:

- оценка пациентами частоты врачебных ошибок;
- оценка пациентами ошибок в назначении лекарств, с которыми они сталкивались;
- оценка медицинскими работниками распространенности мероприятий по повышению безопасности медицинской помощи в их медицинских организациях;
- показатель смертности от инфаркта и инсульта в пределах 30 дней после выписки из стационара;
- оценка пациентами достаточности времени врачебной консультации и уровня участия пациента в выработке тактики лечения;
- уровень госпитализации взрослых с заболеванием астмой (которой можно избежать качественным лечением в амбулаторных условиях).

Можно по-разному оценивать уместность открытого представления части этой информации, о чем говорилось в предыдущих разделах данной работы, но трудно возразить против ее накопления как фактора повышения подотчетности системы здравоохранения перед обществом. Даже если эта информация обращена к медикам, а не пациентам, она предполагает действия по предотвращению врачебных ошибок и других проявлений низкого качества медицинской помощи.

⁵⁹ Расширение потребительского выбора в здравоохранении: теория, практика, перспективы / отв. ред.: С.В. Шишкин, И.М. Шейман. М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2012. С. 43.

⁶⁰ OECD. Health at a Glance 2021. Paris, 2022.

При этом важно учитывать, что ограниченная информация только о сервисных характеристиках оказания медицинской помощи лишь в малой степени способствует повышению эффективности здравоохранения. Доминирование такой информации на сайтах российских медицинских организаций деформирует рынок, направляя его развитие в сторону показателей, не имеющих отношения к качеству и безопасности медицинской помощи. Такой вариант развития рынка некоторые исследователи назвали «конкуренцией в сигнальной сфере»⁶¹.

8) *Ограничение доступа к статистике, ставшее распространенным в практике российского здравоохранения в последние годы (отнюдь не только в условиях специальной военной операции), сдерживает повышение ее качества и в конечном итоге негативно сказывается на эффективности здравоохранения.* Если практические медики и эксперты не имеют достоверной статистической информации, то сложно определить пути решения проблем на уровне медицинской организации, а значит, и системы здравоохранения в целом.

9) *Недостаток информации ограничивает развитие новых способов оплаты медицинской помощи в системе ОМС, в частности оплаты за результаты деятельности.* Такая оплата предполагает наличие развитой статистики результатов, позволяющей сравнивать медицинские организации по установленным показателям (например, медицинские организации ПМСП – по показателю смертности на дому, частоте вызовов пациентами скорой медицинской помощи) и доплачивать лучшим из них за полученные результаты. Если такая информация отсутствует или медицинские организации не имеют доступа к ней из-за опасений показать реальное состояние системы здравоохранения, то возможности использования такого способа оплаты ограничиваются.

В целом можно констатировать, что недостаточная транспарентность системы здравоохранения негативно сказывается на эффективности ее функционирования.

5. Возможности усиления транспарентности российского здравоохранения

5.1. Востребованность информации о получении медицинской помощи

Какая информация о возможностях получения медицинской помощи нужна пациентам? Ответ на этот вопрос дают результаты онлайн-опроса «Отношение российского населения к

⁶¹ Тамбовцев В.Л. Реформы российского образования и экономическая теория // Вопросы экономики. 2005. № 3.

переменам», проведенного ОМІ для НИУ ВШЭ в сентябре 2022 г. среди 6 тыс. респондентов, репрезентирующих взрослое население страны.

Интернет стал широко распространенным информационным ресурсом и, как показало исследование, многие респонденты обращались на сайты различных медицинских организаций. Чаще всего искали информацию на сайтах пользователи платных медицинских услуг (48%). Однако среди пользователей бесплатной медицины таких ответов немногим меньше – 43%. Поиск информации на сайте организаций стал повсеместной рутинной, широко распространенной во всех слоях общества. Например, люди старших возрастов, от которых можно было бы ожидать более консервативного поведения в сфере информационного поиска, на самом деле чаще обращаются на сайты медицинских учреждений, нежели молодежь, – 33% среди 15–24-летних, пользовавшихся бесплатной медициной, и 40% респондентов в возрасте 65–72 лет. Не менее важно то, что частота обращений на сайты медучреждений в целом не слишком дифференцирована по возрастным группам.

Основными источниками интернет-информации о работе медицинских учреждений для всех слоев населения являются два типа ресурсов: Портал государственных услуг Российской Федерации» («Госуслуги») (его региональные аналоги) и сайты местных медучреждений, предоставляющие соответствующие услуги. Остальные типы ресурсов – сайты страховых компаний, административные ресурсы (федерального и регионального уровня), благотворительные и пациентские организации – посещаются намного реже.

Каждый второй респондент заинтересован в получении информации о возможности получить медицинскую помощь бесплатно, 41,3% посетителей сайтов поликлиник рассчитывают узнать информацию об актуальных графиках работы врачей. На сайтах обоих типов медицинских организаций у пациентов были бы востребованы мнения других пациентов и информация о конкретных врачах (рис. 3, 4). На сайтах стационаров 28,7% опрошенных хотели бы узнать информацию об условиях пребывания в стационаре – число человек в палате, расположение санузла, доступность душа, питание, доступ к интернету.



Рис. 3. Распределение ответов населения на вопрос «Какого рода информацию Вам бы хотелось найти на сайте амбулаторно-поликлинической медицинской организации?», %

Источник: Опрос НИУ ВШЭ, ОМІ «Готовность к переменам», сентябрь 2022 г.

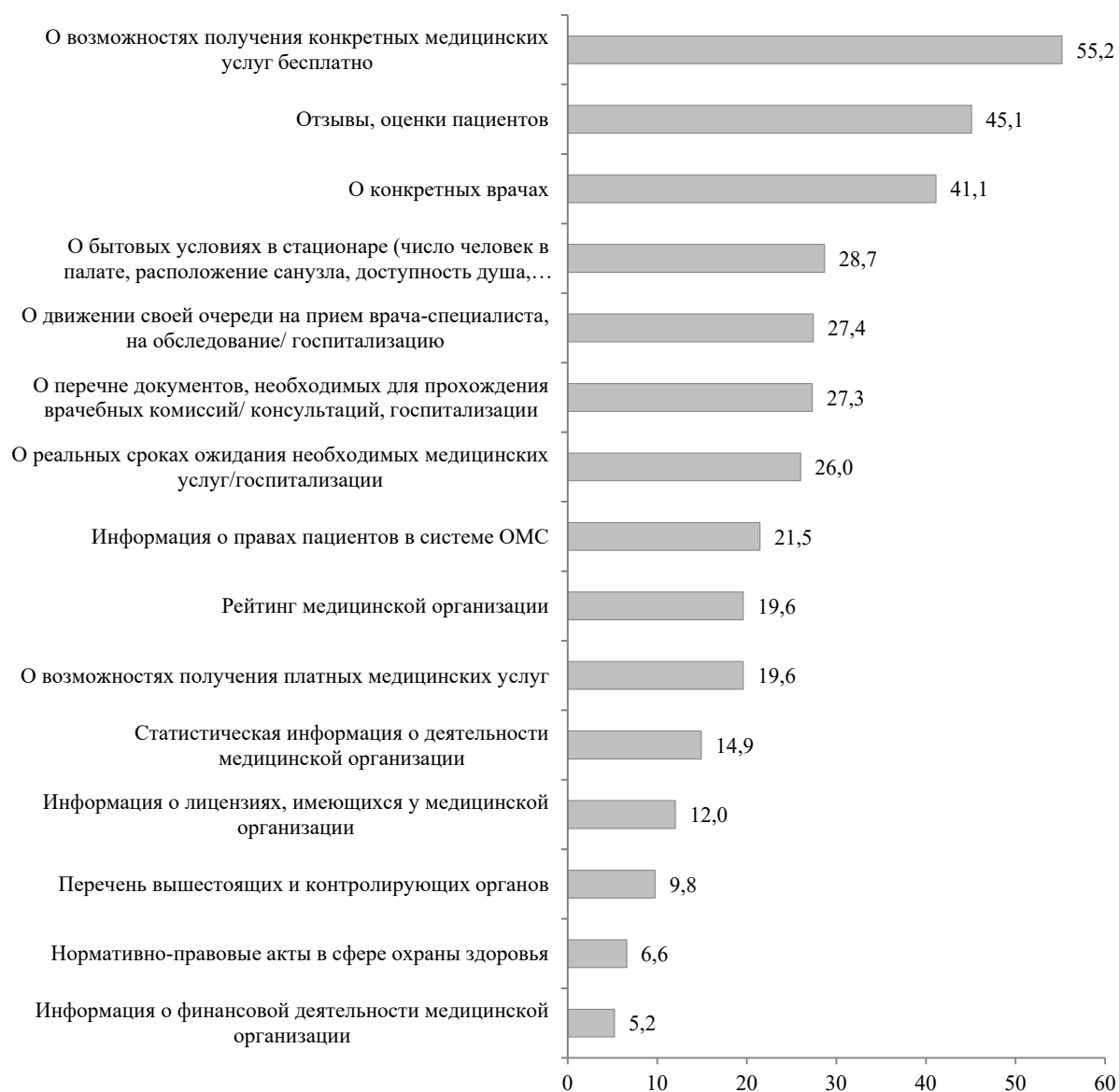


Рис. 4. Распределение ответов населения на вопрос «Какого рода информацию Вам бы хотелось найти на сайте медицинского стационара (больницы)?», %

Источник: Опрос НИУ ВШЭ, ОМІ «Готовность к переменам» сентябрь 2022 г.

5.2. Отношение врачей и пациентов к усилению прозрачности работы медицинских организаций

Выявление отношения врачей и пациентов к усилению прозрачности работы медицинских организаций проводилось в рамках фокус-групповых дискуссий, проведенных в Барнауле, Екатеринбурге и Москве в июне 2022 г.

Полученные оценки потенциала усиления информационной прозрачности медицинских организаций различаются в зависимости от конкретных направлений/мер, как представлено на рис. 5.

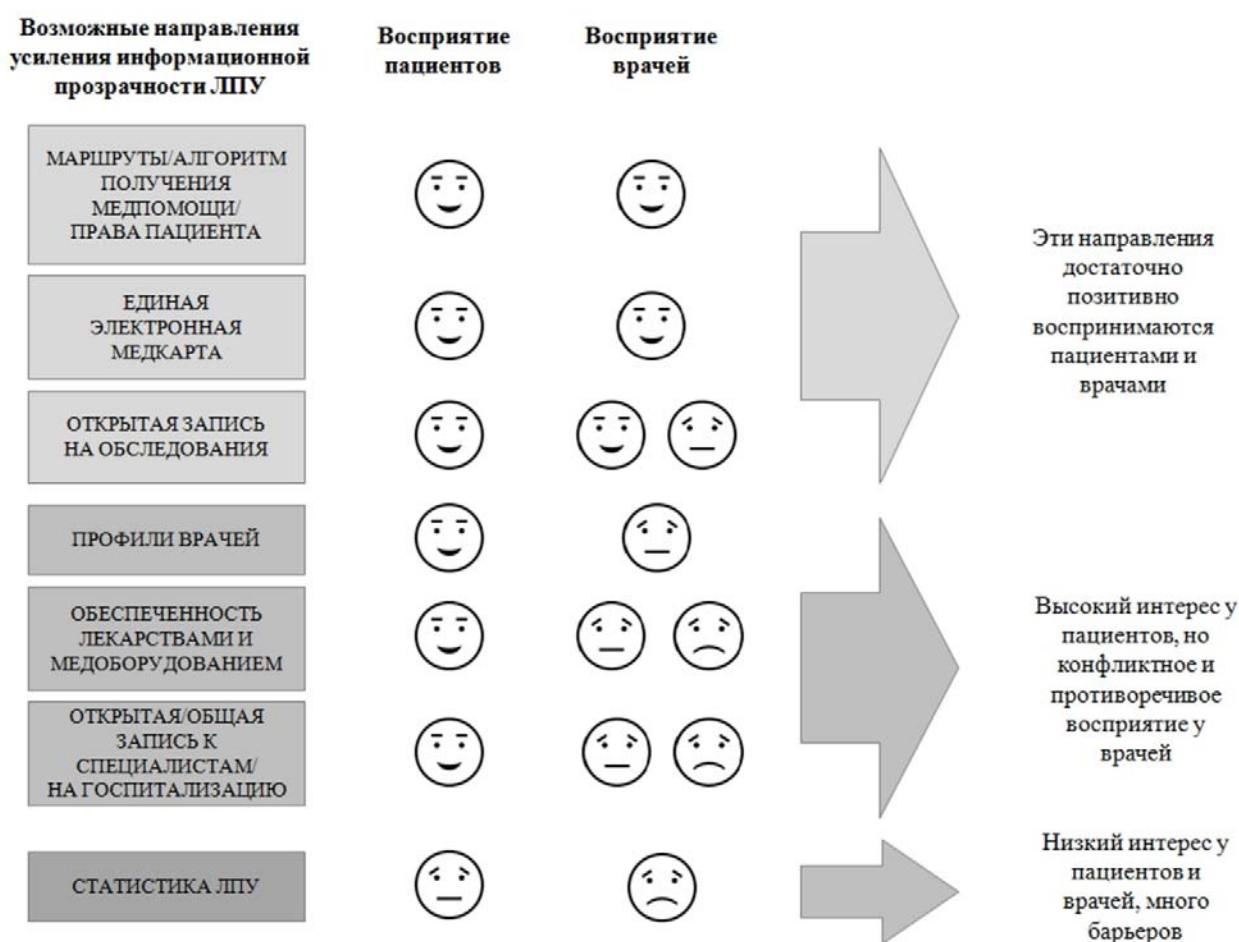


Рис. 5. Возможные направления усиления прозрачности лечебно-профилактических учреждений в оценках пациентов и врачей

Маршруты/алгоритмы получения медицинской помощи

Общее восприятие. Пациенты, особенно с редкими и/или тяжелыми заболеваниями, испытывают острую потребность в простых и понятных пошаговых инструкциях: как, в какой последовательности получать лечение, какие обследования и по какой схеме проходить и т.д. Сейчас этой информацией владеют в основном врачи-специалисты. Пациенты хотели бы видеть четкие инструкции/инфографику: что беспокоит – к какому специалисту идти – какие обследования проходить – какие возможности/опции лечения по ОМС/ВМП есть в данном ЛПУ/регионе – профили основных специалистов по этой нозологии.

Эти маршруты могут быть «привязаны» и к ЛПУ, и к нозологии, и к региону.

«Когда я только заболела, мне очень не хватало именно таких понятных инструкций, “объяснялок” – куда пойти, что делать, куда идти дальше. Я тыкалась ко всем врачам и всех доставала вопросами» (пациент, Барнаул).

«Чтобы на сайте поликлиники было все более понятно, может быть, разделы, чтобы были, допустим, больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями информация была, больным желудком информация была – какие врачи в какой поликлинике есть. Например, кардиолог есть здесь и здесь, можно записаться по такому-то телефону, гастроэнтеролог есть здесь и здесь, такое-то время работы у него» (пациент, Екатеринбург).

Единая медицинская карта

И пациенты, и врачи признают необходимость единой карты. Сейчас пациенты в регионах имеют доступ к части своих медицинских данных на «Госуслугах». Но в реальности они получают свои данные чаще на бумажных носителях и реже по электронной почте. Это создает неудобства для пациентов. В Москве сильно продвинулись в создании единой карты благодаря системе ЕМИАС, но часть данных остается недоступной.

В целом врачи выступают за обобщающую версию единой карты для пациентов. *«Пациент поступает, и вот есть эта единая общая система. Неотложное состояние у каждого пациента может быть разное – сегодня у него острая терапевтическая патология, завтра у него хирургическая может случиться. И было бы удобно пациенту и врачу, даже в приемном покое, открыть, например, и узнать информацию о больном. Пациент, конечно, тоже должен иметь к ней доступ» (врач, Екатеринбург).*

Открытая общая очередь на обследования

В регионах нет единой и открытой системы, информирование пациентов неполное и зависит от ЛПУ и диагноза. Чаще всего пациенты не знают точных дат обследования – только «примерные сроки», и вынуждены все время спрашивать врачей, обращаться в регистратуру и т.д. Сейчас общая/открытая очередь есть на некоторые обследования в Москве (в основном для онкопациентов), что, по признанию специалистов, значительно облегчает маршрут пациентов. Пациенты и часть врачей выступают за быстрый и понятный доступ к общему региональному или по крайней мере окружному расписанию.

«Кто вновь пришел в нашу поликлинику, они не знают, какие обследования, кроме обычных анализов крови. КТ, МРТ, куда направляем – они это узнают уже непосредственно на приеме у врача. Конечно, регистратура этого ничего не говорит» (врач, Барнаул).

«Актуально может быть по поводу исследований. Может быть общегородская база исследований – КТ, МРТ, гастроскопия, бронхоскопия. Именно диагностика. Диагностику можно. Ты открываешь базу, предлагаешь пациенту, в такой-то поликлинике на такое-то число есть место. Поедете?» (врач, Москва)

Профили врачей

Пациенты очень заинтересованы в появлении подробных профилей врачей на сайтах ЛПУ. Они должны включать:

- фотографию врача, его/ее образование, опыт и квалификацию с подробным описанием; возможно, ссылки на статьи/выступления/страницы в соцсетях;
- отзывы и «лайки» пациентов – по возможности, объективные; но желательно, чтобы врачи или представители ЛПУ могли отвечать и/или модерировать отзывы – во избежание клеветы.

«Возможно, по врачам – фотографии и возможность оставлять отзыв по медучреждениям. Это у меня пиар и маркетинг включаются. Надо как-то стимулировать пациентов, они пишут больше негатива, а надо, чтобы и позитивные отзывы тоже писали, надо мероприятия такие продумывать для пациентов» (пациент, Москва).

Обеспеченность ЛПУ препаратами и медицинским оборудованием

Эта информация особенно востребована пациентами, которые должны получать препараты по льготе или доступ к определенному оборудованию (например, больные диабетом) или в рамках своего заболевания имеют право на достаточно дорогое лечение (онкобольные, пациенты, которые могут получать генно-инженерные биологические препараты и т.д.). Проблема актуальной обеспеченности и доступности лекарств в конкретных ЛПУ, особенно в регионах, стоит очень остро – и обычно пациенты не имеют доступа к такой информации.

Для врачей такая прозрачность представляется малореализуемой и проблематичной. Опционально можно информировать пациентов о возможности получения дорогостоящего лечения в рамках ВМП в конкретном ЛПУ.

«Очень важно было бы знать обеспеченность больниц – есть там определенный препарат или нет» (пациент, Москва).

«Мне каждые три месяца нужны лекарства, а я никогда точно не знаю, будут ли они в этот конкретный момент, и дергаю врача» (пациент, Екатеринбург).

Открытая общая запись к специалистам

Это одна из самых острых проблем «логистики» потоков пациентов и доступности медицинской помощи. Очереди открываются на две недели и, как правило, «разбираются» в течение часа, особенно к узким/популярным врачам-специалистам. Очереди на госпитализацию тоже непрозрачны: пациентам сообщают примерные сроки. Но отношение к решению этой проблемы поляризует пациентов и врачей. Пациенты очень хотели бы общих/открытых очередей на медицинские услуги – знать точно, сколько им ожидать приема/госпитализации, пусть даже и более двух недель. Врачи, скорее, сопротивляются введению этой меры.

«Было бы идеально, чтобы ты планировал свое время, пусть даже это будет за месяц вперед, но ты понимаешь, что этот день, это время тебя устраивает. Тем более месяц пролетает незаметно, но ты получаешь этот долгожданный, единственный талончик и идешь к специалисту уже подготовленный» (пациент, Барнаул).

«Если на 2–3–4 месяца открыть запись, люди, как правило, забывают и не доходят. Сидит специалист, люди не пришли, потому что забыли» (врач, Москва).

Статистические данные о работе медицинских учреждений

Сейчас на официальных сайтах медицинских организаций есть статистика, но она, как правило, не очень интересна пациентам. Правда, после двух лет пандемии часть пациентов привыкла следить за статистикой заболеваемости и отчасти заинтересована в ней. В то же время у пациентов нет четких ориентиров/критериев, что именно дает статистика по конкретной медицинской организации. Часто пациенты признают, что это «не для нас, а для профессионалов». Возможно, значимой для пациентов будет статистика по проведению сложных/современных операций или манипуляций. Врачи практически единодушно выступают против открытия статистических данных.

«Статистика... для чего это пациентам? Чтобы обращаться, не обращаться в это медицинское учреждение? У них выбор какой еще? Все равно обращаются. Лишний раз фигурировать этими цифрами, мне кажется, смысла нет» (врач, Барнаул).

Среди врачей остается достаточно распространенным традиционалистский/патерналистский подход к пациентам. Этот тип установок, вероятно, будет основным барьером для распространения прозрачности. В их представлении коммуникация с пациентами должна строиться не на принципах партнерства, а на принципе «власти» и авторитета врача. Они полагают, что пациенты должны задавать меньше вопросов и слушать указания специалистов. Очевидно, для этих врачей важны ресурсы, которыми они обладают и пользуются, например, для распределения квот, очередей и т.д. Увеличение прозрачности и, в частности, введение открытых очередей на госпитализацию/консультации будет угрожать этому ресурсу.

Врачи с традиционными установками опасаются более информированных пациентов. Такие пациенты более требовательны и требуют большей включенности. В то же время врачи-традиционалисты склонны считать пациентов несознательными, недисциплинированными, «не подходящими» для распространения новых паттернов здравоохранения (планирование визитов и госпитализаций заранее и т.д.). Именно эти врачи больше опасаются потока жалоб со стороны пациентов. Такой подход более свойственен возрастным врачам и/или занимающим определенные руководящие должности.

«Вопрос такой открытости, видимости для пациентов – это не совсем правильно и хорошо в существующей системе здравоохранения. Если сейчас расписывать на сайте тонкости, какую-то маршрутизацию пациента, то пациент действительно поставит себе диагноз, проведет себе обследование, придет и скажет, что готов госпитализироваться. Чем больше будет информации о маршрутизации, тем больше он будет совершать самостоятельных

действий, тем больше будет ему отказано на том или ином пути этой маршрутизации и тем больше мы получим жалоб и всего остального» (врач, Барнаул).

Открытый и прогрессивный подход предполагает усиление прозрачности. Среди более молодых врачей распространяется открытый/коммуникативный подход общения с пациентами. Такие врачи выступают за большую прозрачность и потенциально могут быть «локомотивом» для ее распространения в системе здравоохранения. Эти врачи выступают за более активную роль пациентов в лечении и, соответственно, за их большую информированность. Они видят связь между информированностью пациента, его удовлетворенностью и меньшей конфликтностью, более доверительным и позитивным общением между врачом и пациентом.

Такой подход предполагает позитивное отношение к цифровизации медицинских услуг. Эти врачи положительно относятся к телемедицине и внедрению единой медкарты. Они понимают, что прозрачность в конечном счете приводит к более эффективной медицинской помощи.

«Более открытое учреждение будет иметь лучшую репутацию, чем более прозрачно информация изложена для пациента, тем проще ему получить услуги. Естественно, рейтинг такой организации будет выше» (врач, Екатеринбург).

«Будут приходить пациенты в большей степени по делу, уже кем-то сорентированные. Если более равномерно распределить нагрузку по докторам, эта запись – будет хорошо и пациентам, и докторам» (врач, Екатеринбург).

5.3. Анализ возможностей усиления прозрачности конкретных параметров системы здравоохранения

5.3.1. Схема анализа

Результаты проведенного выше анализа исследований, посвященных прозрачности систем здравоохранения, дают основания для формулирования следующих требований к проспективному анализу возможностей усиления такой прозрачности:

- должны быть четко определены возможные адресаты политики усиления прозрачности;
- анализ должен проводиться применительно к каждому адресату политики усиления прозрачности;
- должно быть четко определено, в чем состоят цели усиления прозрачности для каждого адресата;

– анализ должен быть специфицирован применительно к конкретным характеристикам системы здравоохранения, возможность усиления прозрачности которых должна стать предметом изучения;

– возможное усиление прозрачности должно рассматриваться с точки зрения способности создавать стимулы для изменения поведения акторов системы здравоохранения;

– возможное усиление прозрачности должно соотноситься с давлениями акторов системы здравоохранения друг на друга; усиление прозрачности должно рассматриваться не само по себе, а в связи с тем, какое она окажет влияние на давление одних акторов системы здравоохранения на других акторов.

С учетом этих требований анализ возможностей усиления транспарентности российской системы здравоохранения проводится далее для трех категорий акторов: пациентов, врачей и менеджеров медицинских организаций, применительно к конкретным параметрам функционирования системы здравоохранения.

Используемая схема анализа:

- 1) Определение цели повышения прозрачности для рассматриваемой категории акторов.
- 2) Определение объекта анализа – видов необходимой информации.
- 3) Анализ измеримости – возможности получения достоверной информации.
- 4) Анализ способов предоставления информации акторам.
- 5) Анализ вероятности адекватного восприятия информации рассматриваемой категорией акторов.

- 6) Анализ влияния информации на мотивацию и поведение акторов. К каким действиям, скорее всего, будет стимулировать акторов предполагаемое усиление прозрачности (обеспечение доступности определенной информации/показателей).

- 7) Анализ возможных изменений силы давления акторов, получивших доступ к информации, на других акторов: медицинские организации, врачей, органы власти.

- 8) Анализ возможностей (потенциала) влияния этого давления на изменения в поведении медицинских организаций, врачей, органов власти:

- возможные позитивные результаты;
- возможные негативные результаты (риски).

- 9) Возможности и издержки ослабления, нейтрализации негативных результатов.

- 10) Выводы (рекомендации) о возможностях усиления прозрачности.

Анализируемый набор параметров сформирован с учетом результатов проведенного выше анализа прозрачности систем здравоохранения за рубежом и в России и изучения отношения пациентов и врачей к конкретным возможным направлениям усиления прозрачности. Этот набор параметров является представительным, но не исчерпывающим перечнем характеристик, открытость которых могла бы быть обеспечена.

Полное изложение результатов проведенного анализа занимает около 100 страниц⁶². Поэтому в настоящей работе мы ограничиваемся примерами такого анализа для трех параметров. Полный состав анализируемых параметров и выводы о возможностях усиления их прозрачности представлены в разд. 5.3.5.

5.3.2. Пример анализа возможностей усиления прозрачности системы здравоохранения для пациентов

Анализируемый параметр: *Число обоснованных жалоб граждан на действия персонала поликлиники*

- 1) Цели повышения прозрачности для рассматриваемой категории акторов.

Получение дополнительной информации для выбора населением поликлиники

- 2) Объект анализа – виды информации.

Статистический показатель «Число обоснованных жалоб граждан на действия персонала поликлиники на 1000 прикрепившихся жителей», рассчитываемый для каждой поликлиники региона.

- 3) Анализ измеримости – возможности получения достоверной информации.

Данный показатель может быть рассчитан на основе протоколов рассмотрения жалоб врачебной комиссией поликлиники, создаваемой в соответствии со ст. 48 Федерального закона № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», и электронной базы данных прикрепившихся к поликлинике жителей.

Вместе с тем нужно принять во внимание, что отчетность, предусмотренная для участников системы обязательного медицинского страхования (ОМС), включает форму № ЗПЗ «Организация защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования»⁶³.

⁶² Полное изложение результатов представлено в Отчете о научно-исследовательской работе «Влияние институциональной транспарентности на стабильность и эффективность системы здравоохранения». М.: НИУ ВШЭ, 2022.

⁶³ Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 25 марта 2019 г. N 50 «Об установлении формы и порядка ведения отчетности № ЗПЗ «Организация защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования».

Указанная форма предусматривает представление данных каждой страховой медицинской организацией о поступивших жалобах, в том числе обоснованных, от застрахованных ею лиц по ОМС на территории соответствующего субъекта Российской Федерации, а также представление данных каждым территориальным фондом ОМС о поступивших в фонд жалобах от застрахованных лиц, а также сводных данных о жалобах, поступивших во все страховые медицинские организации субъекта Российской Федерации. Данные, используемые для заполнения этой формы, могут быть также использованы для расчета показателя жалоб на действия персонала поликлиники на 1000 прикрепившихся к ней жителей для каждой поликлиники в регионе. Это потребует определенной аналитической работы по группировке данных разных страховых медицинских организаций и территориального фонда ОМС в разрезе поликлиник региона. Форма ЗПЗ содержит целый перечень видов обоснованных жалоб застрахованных, из которых потребуется выбрать те виды жалоб, которые учитываются по категории «Обоснованные жалобы на организацию работы медицинской организации, в том числе на оказание медицинской помощи».

Указанные два источника данных для расчета значений показателя числа обоснованных жалоб сформированы по разным принципам. Поэтому представляется неоправданным пытаться интегрировать в сводный показатель значения показателя жалоб, рассчитываемые на основе разных источников данных. Целесообразно использование двух показателей:

- число обоснованных жалоб граждан на действия персонала поликлиники на 1000 прикрепившихся жителей;
- число обоснованных жалоб застрахованных лиц на оказание медицинской помощи в поликлинике на 1000 прикрепившихся жителей.

4) Способы предоставления информации менеджерам медицинских организаций.

Раздел интернет-сайтов страховых медицинских организаций, территориальных фондов ОМС и органов управления здравоохранением.

5) Анализ вероятности адекватного восприятия информации руководителями медицинских организаций.

Адекватность восприятия информации руководителями медицинских организаций достаточно высока.

6) Анализ влияния информации на мотивацию и поведение акторов.

К каким действиям, скорее всего, будет стимулировать граждан/пациентов предполагаемое усиление прозрачности (обеспечение доступности определенной информации/показателей).

Публичная доступность показателей числа обоснованных жалоб на действия персонала поликлиники (жалоб на оказание медицинской помощи в поликлинике) может мотивировать граждан к выбору поликлиники, у которой значение этого показателя меньше.

7) Анализ возможных изменений силы давления граждан, получивших доступ к информации на других акторов.

Влияние публикации показателей числа жалоб на действия персонала поликлиник вызовет, скорее всего, небольшой рост количества заявлений граждан о смене поликлиники, к которой они хотели бы прикрепиться для получения ПМСП. Тем не менее рост будет иметь место и при существующем подушевом финансировании ПМСП. Этот рост приведет к сокращению размеров финансирования из средств ОМС поликлиник с большим числом жалоб и увеличению финансирования поликлиник с меньшим их числом. Размеры этого перераспределения будут незначительными, но они послужат сигналом для части поликлиник о необходимости улучшения работы с пациентами.

8) Анализ возможностей (потенциала) влияния этого давления на изменения в поведении медицинских организаций, врачей, органов власти:

– Возможные позитивные результаты.

Создаются предпосылки для активизации работы руководителей поликлиник, имеющих большое число жалоб от пациентов, по улучшению организации медицинской помощи в своих учреждениях и по мотивации персонала к повышению своей квалификации и к более внимательному отношению к пациентам.

– Возможные негативные результаты (риски).

Существуют риски того, что реакция какой-то части населения на публикацию сравнительных данных о жалобах на действия персонала поликлиник приведет к увеличению числа желающих сменить поликлинику для получения ПМСП, что повлечет за собой, с одной стороны, значительное увеличение числа заявлений на прикрепление к одним поликлиникам и, соответственно, уменьшение числа прикрепленных к другим поликлиникам. В результате первые поликлиники столкнутся с проблемами увеличения нагрузки на персонал, поиска кадров и помещений для оказания медицинской помощи увеличившемуся числу прикрепленного населения. А перед вторыми поликлиниками встанет проблема нехватки средств для оплаты труда персонала и необходимости его сокращения. Все это может временно ухудшить доступность и качество медицинской помощи, оказываемой первыми поликлиниками и усилить социальное напряжение

среди персонала вторых поликлиник. Но все же вероятность такого развития событий представляется очень небольшой.

9) Возможности и издержки ослабления, нейтрализации негативных результатов.

В случае появления указанных негативных результатов в значительных размерах потребуются реорганизация сети медицинских учреждений, оказывающих ПМСП, смена руководства и изменения в организации работы поликлиник, теряющих прикрепленное население, а также дополнительные инвестиции в укрепление первичного звена.

10) Выводы (рекомендации) о возможностях усиления прозрачности.

Обеспечение доступности для населения значений показателя «Число обоснованных жалоб граждан на действия персонала поликлиники на 1000 прикрепившихся жителей», рассчитываемых для каждой поликлиники, является целесообразным и может быть внедрено в короткий срок. После создания в полном объеме ЕГИСЗ⁶⁴ станут возможными при минимальных затратах расчет и публикация значений еще одного показателя: «Число обоснованных жалоб застрахованных лиц на оказание медицинской помощи в поликлинике на 1000 прикрепившихся жителей».

5.3.3. Пример анализа возможностей усиления прозрачности системы здравоохранения для врачей

Анализируемый параметр: *Информация об индивидуальных результатах работы врачей*

1) Цели повышения прозрачности для врачей и руководителей.

В профессиональной среде всегда существует интерес к сравнению своей деятельности с деятельностью других профессионалов. В конкурентной среде этот интерес занимает существенное место. В общественной системе здравоохранения финансовые последствия конкурентного преимущества невелики. Но вполне реально влияние информации о собственной работе и работе коллег на качество работы врача.

2) Объект анализа – виды информации.

Информацию о враче можно сгруппировать:

– профиль (специализация, уровень квалификации, научная и преподавательская деятельность, проводимые операции/технологии);

⁶⁴ Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения. [https:// egisz.rosminzdrav.ru/](https://egisz.rosminzdrav.ru/)

– нагрузка: число жителей, прикрепленных к врачу участковой службы (физическому лицу), совмещаемые должности; в стационаре – количество проведенных пациентов, количество выполненных вмешательств;

– показатели, отражающие результаты работы, например, число вызовов скорой помощи у врача участковой службы (физического лица); в стационаре – количество осложнений, летальность в совокупности с данными о спектре пациентов и при анализе по диагнозам или вмешательствам – только по частым диагнозам и часто выполняемым вмешательствам.

3) Анализ измеримости – возможности получения достоверной информации.

Описательная информация профиля врача, его квалификации и роли в организации обычно хорошо известна сотрудникам больницы или поликлиники. Однако в больших организациях даже эти аспекты могут быть не вполне известными для сотрудников. Формирование такой информации подразумевает ее формализацию. Так, в стационарах должна быть внедрена практика определения и официального утверждения перечня вмешательств (прежде всего – хирургических операций), к которым допущен врач.

В поликлинике количество прикрепленных лиц отражает формальную сторону нагрузки врача, но в современных условиях – при оказании помощи при значительном недостатке врачей – вследствие реализации различных вариантов закрытия потребностей в приеме больных количество прикрепленных пациентов теряет смысл. В стационаре количество пациентов, проведенных врачом, перечень и количество вмешательств, выполненных им, хорошо учитываются. Показатели, отражающие результаты работы врача ПМП, имеют смысл только в случае устойчивого функционирования участкового принципа в поликлинике. Кроме того, количество нежелательных событий на участке в течение года мало. Поэтому показатели, основанные на вычислении частоты нежелательных исходов, очень неустойчивы и неопределенны. Эти показатели нереалистично использовать даже для информирования врачей. Однако существует возможность использовать показатели процесса. Этих показателей/индикаторов может быть множество. Большой их перечень предписывается приказом Минздрава России⁶⁵ (полнота и своевременность заполнения карт, установление диагноза в предписанных временных рамках, выполнение основных диагностических и лечебных вмешательств в соответствии с клиническими рекомендациями – список показателей огромен). Спектр таких индикаторов может быть еще шире. По мере

⁶⁵ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 мая 2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

компьютеризации ведения карт пациентов и прописывания лекарств анализ такой информации становится реалистичным. Эта информация имеет удовлетворительную достоверность. В соответствии с современными представлениями об обеспечении качества информация о трудовых процессах должна анализироваться только избирательно (по узкому кругу вопросов) в зависимости от целей текущего момента. Наиболее эффективным является предоставление информации об изучаемых показателях процесса врачам медицинской организации на основе анализа, не ведущего к наказаниям.

Практика анализа работы с использованием одобренных критериев качества и с использованием клинических рекомендаций еще не сложилась. Причина неиспользования критериев оценки качества в основном состоит в том, что они созданы на основе идеологии тотального контроля качества по множеству легко формализуемых признаков, в первую очередь предписанных к соблюдению нормативными документами и клиническими рекомендациями, которые в значительной степени приближаются к нормативным документам. Трудоемкость такой всеобъемлющей работы и ее очевидный выход в виде оснований для наказания врача находятся в противоречии с принципами обеспечения качества. Представление обществу в целом, пациентам поликлиники или стационара данных о работе врача в соответствии с установленными критериями качества может свестись к описанию аккуратности и исполнительности врача в заполнении документации и соблюдению предельных сроков и процедур. Это мало говорит о качестве работы врача и одновременно создает предпосылки для административного воздействия на него.

Показатели работы врача стационара более устойчивы и определены. Поэтому формально препятствий к сбору информации об исходах нет. Важные ограничения – такая информация возможна лишь об исходах часто применяемых вмешательств. Столь же реалистичен сбор и предоставление врачам информации о показателях процесса, с учетом описанных выше ограничений.

4) Способы предоставления информации врачам.

Часть информации может предоставляться врачебному коллективу в целом для того, чтобы стать поводом для неформальных дискуссий. Формальные дискуссии о качестве работы врачей в рамках, например, врачебной комиссии, проводить систематически в медицинских коллективах затруднительно, как, впрочем, и в других профессиональных коллективах. Неслучайно сложилась практика критического разбора преимущественно тяжелых нежелательных исходов – летальных. От руководителя организации зависит вынесение на обсуждение важных для всех проблем или критически важных и устойчивых уклонений в практике отдельного врача.

Наиболее деликатной формой предоставления информации об индикаторах индивидуальной работы будет предоставление данных о работе врача коллегам в организации на конфиденциальной основе. Такое предоставление информации позволяет врачам сопоставить свою работу с работой других и в случае худших результатов улучшить их. Такой опыт существует в зарубежных организациях.

5) Анализ вероятности адекватного восприятия информации врачами.

Вероятность адекватного восприятия информации врачами относительно квалификации и нагрузки коллег велика. Информация о результатах работы и показателях процесса, к которым относится большинство критериев качества, одобренных Минздравом России, доступна для восприятия медицинскими работниками и может быть предоставляема уже в текущий момент. Для этого необходимы процедуры, рекомендации, обмен опытом, финансирование – все это еще предстоит сделать.

6) Анализ влияния информации на мотивацию и поведение врачей. К каким действиям, скорее всего, будет стимулировать врачей предполагаемое усиление прозрачности (обеспечение доступности определенной информации/показателей).

Ожидаемый и реалистичный результат – улучшение врачом своей практики. Вероятный результат расширения доступа к информации о коллегах – стремление к улучшению индикаторов работы. Поскольку всегда существует тенденция работать «на индикатор», постольку набор анализируемых индикаторов должен изменяться в зависимости от результатов периодического анализа работы организации.

7) Анализ возможных изменений силы давления врачей, получивших доступ к информации, на других акторов.

Важно, что результаты деятельности врачей в медицинской организации в существенной мере зависят от обеспеченности и организации лечебно-диагностического процесса, а не только от квалификации и усилий врача и сестры. Появление у врачей относительно объективной информации о собственной работе и работе коллег способно мобилизовать их усилия не только по совершенствованию собственной работы, но и повышению требовательности к руководству. Подобного рода давление можно рассматривать как самое позитивное явление, поскольку его оказывают компетентные специалисты.

8) Анализ возможностей (потенциала) влияния этого давления на изменения в поведении медицинских организаций, врачей, органов власти:

- Возможные позитивные результаты.

Дополнительные стимулы для руководства региона и руководства организации обеспечить в медицинских организациях региона весь спектр привлекательных вмешательств, в том числе через повышение квалификации врачей.

– Возможные негативные результаты (риски).

Предоставление информации о квалификации врачей и объемах их ответственности не несет рисков, но существует, по крайней мере, на начальном этапе, риск негативных реакций отдельных врачей при раскрытии показателей работы – деструктивная критика применяемых оценок и практики в целом.

Применительно к индикаторам качества работы существует риск манипуляций и усреднения показателей (сокрытия показателей врачей, резко отличающихся от других). Риск существует даже в случае анализа внутри организации. Однако внутри организации риск неблагоприятных последствий, неприятия и манипуляций минимален. Если индикаторы качества работы врачей будут преждевременно раскрыты между организациями, то можно уверенно предполагать манипуляции показателями, саботирование раскрытия информации, что аннулирует всякий положительный эффект от сбора и раскрытия информации. Будет наверняка упущена возможность ненаказуемого сообщения об ошибках / трудностях.

9) Возможности и издержки ослабления, нейтрализации негативных результатов.

Риск негативных реакций пациентов и врачей при раскрытии показателей работы врачей может быть уменьшен в значительной степени постепенным, последовательным раскрытием информации. Организационно должны быть созданы возможности скрывать показатели работы врачей в организации от регионального руководства, от других медицинских организаций, от страховых организаций. Лишь по мере освоения анализа индивидуальной информации внутри медицинской организации можно переходить к открытому (внутри профессии!) для организаций региона анализу.

10) Выводы (рекомендации) о возможностях усиления прозрачности.

Систематическое предоставление врачам информации об их работе в виде утвержденных Минздравом России показателей качества или индикаторов, основанных на клинических рекомендациях, может быть хорошей практикой. Ее основным результатом может быть улучшение качества работы врачей. Вместе с тем не следует обольщаться относительно использования этого инструмента, так как он ориентируется на формальные показатели тотального контроля качества, практически нереализуемого, и с применением критериев, неадекватных реальному положению дел в медицинских организациях. Важная особенность ненаказуемого сообщения об

ошибках и ненаказуемого сбора и анализа отдельных индикаторов – врачи на основе предъявляемой информации могут делать самостоятельные выводы и самостоятельно работать над повышением качества, прежде всего в выполнении клинических рекомендаций. Важным условием эффективности такой работы является последовательность – от открытости внутри организации к открытости между организациями и последовательное применение принципа ненаказуемости обнаруживаемых отклонений. Поспешное широкое раскрытие информации о работе врачей несет соблазн принятия мер административного и финансового воздействия, что уничтожит перспективу улучшения качества медицинской помощи через информирование врачей о показателях их работы.

5.3.4. Пример анализа возможностей усиления прозрачности системы здравоохранения для менеджеров медицинских организаций

Анализируемый параметр: *Информация о правилах и процедурах принимаемых решений в отношении распределения ресурсов*

1) Цели повышения прозрачности для рассматриваемой категории акторов. Для медицинских организаций: повышение обоснованности и справедливости распределения объемов медицинской помощи в системе ОМС. Для органов управления здравоохранением: повышение уровня аналитической работы, предшествующей согласованию объемов медицинской помощи в Комиссии по разработке территориальной программы ОМС (ТП ОМС); совершенствование планирования регионального здравоохранения.

2) Объект анализа. Прозрачность информации по следующим показателям:

– Проектные значения объемных и стоимостных показателей ТП ОМС, которые должны быть предоставлены медицинским организациям до начала процесса распределения объемов медицинской помощи:

– нормативы объемов медицинской помощи по ее видам, включая их обоснование и способ расчета;

– нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи по ее видам, включая их обоснование и способ расчета;

– детализация объемов медицинской помощи по КСГ;

– тарифы оплаты медицинской помощи;

– коэффициенты, используемые при оплате по методу КСГ, включая их обоснование.

Предварительная оценка объема для облегчения согласования:

- критерии распределения объемов медицинской помощи между медицинскими организациями;
- средние значения показателей деятельности медицинских организаций по выделенным критериям (например, эффективность использования ресурсов, результативность оказания медицинской помощи);
- значения показателей деятельности конкретных медицинских организаций, участвующих в реализации ТП ОМС, по выделенным критериям (например, эффективность использования ресурсов, результативность оказания медицинской помощи).

3) Анализ измеримости – возможности получения достоверной информации. Все выделенные показатели измеримы.

4) Способы предоставления информации акторам. Предоставление результатов на сайте регионального органа управления здравоохранением – по единому формату для всех медицинских организаций. Это даст возможность медицинским организациям сравнивать свои значения показателей со значениями показателей организаций, которые также претендуют на участие в реализации ТП ОМС. Каждая организация сможет сформулировать свою переговорную позицию.

5) Анализ вероятности адекватного восприятия информации рассматриваемой категорией акторов. Медицинские организации правильно воспримут эту информацию только в том случае, если она представляется в сравнимом виде для всех организаций и содержит данные, необходимые для подготовки к согласованию объемов медицинской помощи.

6) Анализ влияния информации на мотивацию и поведение акторов. К каким действиям, скорее всего, будет стимулировать акторов предполагаемое усиление прозрачности (обеспечение доступности определенной информации/показателей).

Медицинские организации получают сильную мотивацию к анализу собственной деятельности. В аналитическую работу можно вовлечь страховые медицинские организации. Они сделают первый вариант проектных оценок на основе изучения возможностей всех поставщиков медицинских услуг. Он пойдет в ТФОМС, и там будет проведено сведение этих оценок. Повысится мотивация фонда к усилению обоснования ТП ОМС.

7) Анализ возможных изменений силы давления акторов, получивших доступ к информации на других акторов:

Повысится давление медицинских организаций на органы управления здравоохранением и ТФОМС в отношении обоснованности и справедливости распределения объемов медицинской помощи.

8) Анализ возможностей (потенциала) влияния этого давления на изменения в поведении медицинских организаций, врачей, органов власти.

Возможные позитивные результаты: повысится конкурентность распределения объемов, а следовательно, появится дополнительная мотивация к тому, чтобы добиваться более высоких результатов лечебно-профилактической работы.

Возможные негативные результаты (риски): повысятся транзакционные издержки распределения объемов.

9) Возможности и издержки ослабления, нейтрализации негативных результатов. Для этого часть проектной работы целесообразно передать страховым медицинским организациям или укрепить кадрами плановые отделы органов управления здравоохранением.

10) Выводы (рекомендации) о возможностях усиления прозрачности. Данная мера будет полезна для обеспечения более справедливого распределения объемов медицинской помощи, усиления мотивации медицинских организаций к улучшению показателей своей деятельности.

5.3.5. Результаты анализа возможностей усиления прозрачности системы здравоохранения

Характеристики системы здравоохранения	Оценка возможности усиления прозрачности
1. Возможности усиления прозрачности системы здравоохранения для пациентов	
<i>1.1. Возможности расширения доступности информации о правах граждан на получение медицинской помощи</i>	
Право на выбор поликлиники	Да
Право на выбор участкового врача	Да
Право на получение информации о маршрутах и этапах получения диагностической и специализированной медицинской помощи	Да
<i>1.2. Возможности расширения доступности информации о сроках ожидания медицинской помощи</i>	
Срок ожидания приема участкового врача (врач-терапевт участковый, врач-педиатр участковый, врач общей практики)	Да. Но начинать целесообразно с варианта «суверенной прозрачности», постепенно двигаясь к полноценной транспарентности. На первом этапе – собирать

	информацию для сведения руководителей регионов, установив при этом сроки ее публичного представления по итогам принятых мер по улучшению ситуации
Срок ожидания приема врача-специалиста	Да
Срок ожидания плановой госпитализации	Да. Но реализацию этой возможности целесообразно растянуть во времени, начав с создания в каждом регионе специализированных информационных центров мониторинга сроков ожидания плановой медицинской помощи
<i>1.3. Возможности расширения доступности информации об условиях оказания помощи в медицинских организациях</i>	
Поликлиники: доступность удаленной записи на прием к врачу по телефону / с использованием интернета, ЕМИАС и т.п.	Да
Поликлиники: доля пациентов, готовых рекомендовать медицинскую организацию для получения медицинской помощи, %	Да. Но этот показатель неприменим для удаленных и малочисленных территорий, так как у населения нет возможности выбрать другую медицинскую организацию
Поликлиники: Комфортность условий нахождения в медицинской организации	Да
Поликлиники: Условия пребывания в медицинской организации для лиц с ограниченными возможностями	Да
Стационары: Комфортность условий нахождения в медицинской организации	Да
<i>1.4. Возможности расширения доступности информации о ресурсном обеспечении медицинских организаций</i>	
Среднее число жителей, приходящееся на одно физическое лицо врача участковой службы, и с разбивкой по отдельным участкам	Нет. Показатель нагрузки на каждого врача/участок (с учетом работы на полную ставку) по каждой поликлинике представляет собой более адекватную и более информативную базу для принятия решения пациентами о выборе поликлиники

Доля врачей, имеющих квалификационные категории, в общей численности врачей поликлиники	Да
Среднее число больничных коек, приходящихся на одно физическое лицо врача	Да
Доля врачей, имеющих квалификационные категории, в общей численности врачей стационаров	Да
<i>1.5. Возможности расширения доступности информации об использовании отдельных медицинских технологий</i>	Да. Однако полезность такой информации реализуется тогда, когда перечень технологий сочетается с научно обоснованной и доходчиво изложенной информацией о применяемых технологиях. В хорошем варианте эта информация должна сочетаться с информацией о врачах, которые эти вмешательства практикуют
<i>1.6. Возможности расширения доступности информации о результатах работы медицинских организаций</i>	
Число обоснованных жалоб граждан на действия персонала поликлиники на 1000 прикрепившихся жителей	Да
Частота выявления больных злокачественными новообразованиями в 4-й стадии всех локализаций и в 3-й стадии (внешних) локализаций, % Удельный вес больных туберкулезом, выявленных в запущенной клинической стадии, в общем числе больных туберкулезом, выявленным у граждан, наблюдавшихся в медицинской организации не менее года	Нет
Наличие школ пациентов и описание возможностей записи в них	Да
Частота тяжелых осложнений сахарного диабета	Да
Частота осложнений после проведенных операций, манипуляций и иных вмешательств в стационаре. Больничная летальность	Да. Но только после отработки методики корректного представления стандартизированных значений этих показателей
Частота внутрибольничного инфицирования	Нет
Частота повторных госпитализаций	Да
<i>1.7. Возможности расширения доступности индивидуальных данных о врачах</i>	Систематическое и системное предоставление информации о квалификации врачей и их ответственности (прикрепленные участки, совмещаемые специальности, выполняемые

	вмешательства, объемы выполняемых вмешательств) – да. Раскрытие индивидуальных результатов работы врачей – нет
2. Возможности усиления прозрачности системы здравоохранения для врачей	
<i>2.1. Возможности расширения доступности информации о показателях деятельности медицинских организаций</i>	
Среднее число жителей, приходящееся на одно физическое лицо врача участковой службы, и с разбивкой по отдельным участкам	Да
Частота вызовов скорой медицинской помощи (на 1000 прикрепившегося населения)	Да
Больничная летальность	Да. Но требуется пилотная отработка данного показателя. Если возобладает мнение, что показатель летальности не отражает результаты работы стационара и не может быть улучшен, то нужно будет от него отказаться
Частота повторных госпитализаций в пределах 30 дней по поводу заболевания, установленного при выписке	Да
<i>2.2. Возможности расширения доступности информации об индивидуальных результатах работы врачей</i>	Да. Но постепенно – от открытости внутри организации к открытости между организациями и последовательное применение принципа ненаказуемости обнаруживаемых отклонений. Поспешное широкое раскрытие информации о работе врачей несет соблазн принятия мер административного и финансового воздействия, что уничтожит перспективу улучшения качества медицинской помощи через информирование врачей о показателях их работы
3. Возможности усиления прозрачности системы здравоохранения для менеджеров медицинских организаций	
<i>3.1. Возможности расширения доступности информации о ресурсном обеспечении медицинских организаций</i>	

Среднее число жителей, приходящееся на одно физическое лицо врача участковой службы	Да
Доля врачей, имеющих квалификационные категории в общей численности врачей поликлиники	Да
Удельный вес врачей участковой службы в общем числе врачей клинических специальностей в поликлиниках	Да
Удельный вес врачей общей (семейной) практики в общем числе врачей участковой службы	Да
Число коек, приходящееся на одно физическое лицо врача	Да
Доля врачей, имеющих квалификационные категории, в общей численности врачей стационара	Да
<i>3.2. Возможности расширения доступности информации о результатах работы медицинских организаций</i>	
Число обоснованных жалоб граждан на действия персонала поликлиники (на 1000 прикрепившихся жителей)	Необходима предварительная проверка целесообразности усиления внешней прозрачности информации о жалобах на действия персонала путем организации соответствующего пилотного проекта
Частота обращений населения за скорой и неотложной медицинской помощью в разрезе врачебных участков (врачей участковой службы) и по поликлинике в целом (на 1000 прикрепившихся жителей)	Да
Уровень экстренной госпитализации населения, входящего в зону ответственности поликлиники и в разрезе врачебных участков (врачей участковой службы) на 1000 прикрепившихся жителей	Да
Результаты проведения тематических экспертиз деятельности поликлиник территориальными фондами ОМС и страховыми медицинскими организациями	Да
Частота хирургических операций, при которых наблюдались осложнения в стационаре	Да
Частота внутрибольничного инфицирования	Да, но с парольным доступом
Больничная летальность	Да
Частота расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов	Да
Повторность госпитализации, в пределах 30 дней, по поводу заболевания, установленного при выписке	Да. Но при следующих условиях: – разработка и реализация обязательного порядка доступа руководителей медицинских организаций к базам данных оплаченных страховщиками счетов

	за оказание стационарной помощи; – изменение метода мотивации врачей-экспертов страховщиков путем премирования за счет взимаемых штрафов по результатам экспертных проверок медицинских организаций на мотивацию, связанную с улучшением конечных результатов деятельности системы оказания медицинской помощи
<i>3.3. Возможности расширения доступности информации о правилах и процедурах принимаемых решений в отношении распределения ресурсов</i>	Да

6. Рекомендации для государственной политики по усилению прозрачности системы здравоохранения

Представленный выше анализ ограничений и возможностей усиления прозрачности системы здравоохранения в Российской Федерации дает основания для следующих рекомендаций по направлениям государственной политики в этой области:

1) Разработать комплексы процессных мероприятий «Повышение доступности информации в системе здравоохранения» в составе Государственной программы «Развитие здравоохранения».

Установить следующие цели реализации этого комплекса мероприятий:

- обеспечение информированного потребительского выбора субъектов медицинской помощи;
- повышение эффективности распределения бюджетных субсидий на инвестиции в дорогостоящее медицинское оборудование и распределения объемов медицинской помощи среди медицинских организаций в системе ОМС;
- повышение обоснованности принятия решений о целях, задачах, механизмах развития здравоохранения и его звеньев.

Меры по повышению транспарентности здравоохранения не сводятся к публичному предоставлению максимально большого объема информации. Требования к открытости должны включать только ту информацию, которая «заточена» на реализацию поставленных целей. Худший вариант транспарентности – ее имитация, например, наличие сайта медицинской

организации, содержащего второстепенную информацию, которая не характеризует качество ее работы и мало интересует получателей медицинской помощи.

2) Разработать дополнительные механизмы обеспечения прозрачности, включая:

– нормативное закрепление прав и правил получения информации об охране здоровья населения, механизмов доведения до получателей этой информации и установление санкций за нарушение этого регулирования;

– систему показателей, характеризующих уровень прозрачности деятельности органов и учреждений здравоохранения;

– дополнение требований к отчетности медицинских организаций и органов управления здравоохранением всех уровней о процессе и результатах оказания медицинской помощи;

– более жесткие требования к информационному обеспечению и порядку использования информации при распределении бюджетных субсидий на закупку дорогостоящего медицинского оборудования, а также при распределении объемов медицинской помощи среди медицинских организаций в системе ОМС;

– контроль за выполнением этих требований органами Росздравнадзора с участием страховых медицинских организаций, субъектов независимой оценки качества медицинской помощи, других негосударственных организаций;

– мониторинг уровня прозрачности здравоохранения в субъектах Российской Федерации, проведение сравнительных оценок с представлением их результатов в правительство Российской Федерации.

3) Учитывая рассмотренные ограничения прозрачности в России, прежде всего невысокую готовность врачебного сообщества к открытому представлению результатов своей работы, нерешенность концептуальных вопросов определения адресатов публичной отчетности, риски возникновения негативных стимулов для медицинских организаций, предлагается *в качестве первого этапа реализации комплекса процессных мероприятий «Повышение доступности информации в системе здравоохранения» предусмотреть реализацию в 2024–2025 гг. пилотных проектов* в нескольких регионах страны с разным уровнем социально-экономического развития и финансирования здравоохранения с целью апробации вариантов с разной степенью открытости и с разными наборами информации, предоставляемыми для публичного пользования.

4) Четко определить адресатов предоставления публичной информации. Данные, призванные улучшить организацию медицинской помощи, адресовать самим медикам, делая их открытыми для тех медицинских организаций (а в их пределах – для отдельных групп

медицинских работников), на которые направлена политика усиления прозрачности. Информация, необходимая для более эффективного распределения объемов медицинской помощи между медицинскими организациями, участвующими в системе ОМС, и более эффективного распределения бюджетных субсидий для инвестиционных целей, должна быть доступной для всех медицинских организаций региона. Набор данных, необходимый для облегчения выбора населением субъектов медицинской помощи, следует адресовать обществу в целом.

5) Выбор конкретных показателей публичной отчетности осуществить с участием заинтересованных сторон – представителей медицинского и экспертного сообщества, пациентских организаций. Нельзя допустить того, чтобы набор открываемых показателей определялся только органами управления здравоохранением и руководителями медицинских организаций или только пациентских сообществ. В этом случае велик риск выбора только тех показателей, которые никак не связаны с целями усиления прозрачности.

6) Расширить объем информации, размещаемой на сайтах медицинских организаций – не только об оказываемой медицинской помощи, но и о результатах лечения, основываясь на действующих формах статистической отчетности.

7) Воздержаться от увязки показателей публичной отчетности медицинских организаций с наказаниями или поощрениями. Как показывает международный опыт, такая увязка может существенно повлиять на выбор показателей отчетности в пользу тех, которые легче выполнить.

8) Начать работу по учету структуры пациентов медицинских организаций по степени их сложности (тяжести заболеваний, наличия сопутствующих заболеваний, возрасту пациентов и проч.). Это работу проводить по выбранному набору показателей публичной отчетности. Если не учитывать структуру пациентов, то медицинские организации, берущие на себя лечение наиболее сложных больных с трудно предсказуемыми результатами, с высокой степенью вероятности будут иметь более низкие значения показателей конечных результатов по сравнению с остальными медицинскими организациями. При этом важно учитывать, что данная проблема менее важна при сравнении результатов деятельности однотипных медицинских организаций с примерно однородным составом пациентов и используемых медицинских технологий (например, для центральных районных больниц субъекта Российской Федерации).

9) По ряду показателей использовать механизм частичной открытости информации. Важно учитывать, что далеко не всякая открытая информация оказывает стимулирующее влияние на деятельность медиков. Например, открытая информация об ошибках врачей без объяснения причин этих ошибок может негативно сказаться на морально-психологической обстановке

в медицинских организациях. Подобные данные целесообразно собирать на сравнимой основе по отдельным медицинским организациям и предоставлять их руководителям и конкретным группам врачей. Это поможет изменить их работу в направлении приближения к лучшим образцам. *При этом важно разработать систему ненаказуемого сообщения об ошибках и защиты работников от преследования на основе информации об ошибках.*

10) Расширить возможности экспертного и профессиональных сообществ по обсуждению возможных «развилки» развития здравоохранения и его звеньев, выбора приоритетов государственной политики в сфере здравоохранения, альтернатив постановки задач, мероприятий, обеспечивающих их решение и проч. Для этого создать научно-практический бюллетень с примерным названием «Обсуждаем проекты развития здравоохранения». Обеспечить негосударственные источники его финансирования, включить в состав редколлегии наиболее авторитетных медиков и экспертов, представителей пациентского сообщества и страховых медицинских организаций – тех, кто известен своими независимыми оценками и озабоченностью состоянием здравоохранения страны. Иными словами, обеспечить реальное, а не демонстрационное участие общественных сил в разработке стратегических документов.

11) Обеспечить доступность для органов и учреждений здравоохранения, а также членов экспертного сообщества всех действующих форм статистического учета в здравоохранении – на специальном сайте, содержащем базу данных всех отчетных форм (с паролем доступом). Исключением могут быть только те статистические показатели, открытие которых может наносить ущерб безопасности страны. Перечень таких форм должен определяться распоряжением правительства Российской Федерации.

12) Повысить эффективность распределения объемов медицинской помощи среди медицинских организаций в системе ОМС путем проведения политики открытости этого распределения. Чтобы сделать этот процесс более конкурентным, нужна открытая информация по выбранным критериям распределения в разрезе однотипных медицинских организаций. Имея такую информацию, медицинские организации смогут оценивать справедливость распределения, его нацеленность на решение приоритетных задач развития здравоохранения. Уменьшится сфера принятия «подковерных» решений. У медицинских организаций появится стимул к тому, чтобы двигаться в сторону лучших организаций, по праву получивших более значительное финансирование.

13) Разработать новый порядок корректировки плановых объемов медицинской помощи в течение года. Предусмотреть в нем открытое предоставление информации на сайтах органов

управления здравоохранением: а) о текущих и скорректированных показателях объемов медицинской помощи и финансового обеспечения в разрезе отдельных медицинских организаций, претендующих на корректировку; б) об основаниях для такой корректировки по каждой медицинской организации. Это даст возможность органам управления здравоохранением и территориальным фондам ОМС оценивать качество первоначальных планов, повысит степень обоснованности корректировок этих планов, снизит произвол в принятии решений. Медицинские организации смогут оценивать перспективы получения дополнительного финансирования в течение года, не рассчитывая только на судебные разбирательства вопроса об оплате сверхплановых объемов помощи. Это повысит стабильность функционирования системы здравоохранения.

14) Организовать в каждом субъекте Российской Федерации мониторинг сроков ожидания плановой медицинской помощи на базе специализированного центра мониторинга сроков ожидания. Вся информация о направлениях пациентов на плановую госпитализацию должна поступать в этот центр. Сроки ожидания фиксируются с момента направления лечащего врача поликлиники до момента фактической госпитализации. Они собираются по всем стационарам региона. Ведется очередь на получение сложных исследований, консультаций специалистов и госпитализаций. Информация о текущем состоянии очереди и о среднем сроке ожидания по конкретным группам заболеваний может быть получена по запросу пациента, получившего направление. Эта информация размещается на сайтах медицинских организаций и регулярно обновляется.

Особенно важно сделать открытой информацию о сроках ожидания высокотехнологической медицинской помощи. Эта информация сегодня собирается в централизованном режиме, но оценка прохождения очереди и средних сроков ожидания в большинстве регионов не ведется (хотя есть требование правительства Российской Федерации предоставлять данные о средних сроках ожидания ВМП в ежегодных докладах региональных органов управления здравоохранением). Отсутствуют гарантии в отношении предельных сроков ожидания ВМП.

15) Предлагаемый порядок мониторинга сроков ожидания плановой медицинской помощи включает:

- единые правила учета сроков ожидания, включая централизованный режим учета (а не силами самих медицинских организаций), точку отсчета срока ожидания плановых госпитализаций, конкретные показатели средних сроков ожидания и текущего состояния очереди;
- централизованную информационную систему «Мониторинг сроков ожидания медицинской помощи»;

- регулярное информирование граждан о прохождении очереди и средних сроках ожидания;
- механизмы ответственности федерального и региональных органов власти, страховых медицинских организаций, медицинских организаций за соблюдение установленного порядка оценки сроков ожидания медицинской помощи и информирования граждан о сроках ожидания медицинской помощи;
- аналитическую деятельность, осуществляемую органами управления здравоохранением и медицинскими организациями по планированию объемов медицинской помощи, маршрутизации потоков пациентов на основе достоверных данных о фактических сроках ожидания плановой медицинской помощи.

Препринт WP8/2023/01
Серия WP8
Государственное и муниципальное управление

Шишкин Сергей Владимирович, Шейман Игорь Михайлович,
Власов Василий Викторович, Бочарова Оксана Андреевна, Габуня Нино Юрьевна,
Лолаева Алана Дзамболатовна, Менкржевская Тереза Станиславовна,
Потапчик Елена Георгиевна, Сажина Светлана Владимировна, Степанов Илья Михайлович,
Тимофеев Юрий Валерьевич, Шевский Владимир Илельевич

**Транспарентность системы здравоохранения:
состояние, ограничения, перспективы**

Публикуется в авторской редакции

Изд. № 2699