Профилактическая медицина
2023, Т. 26, №10, с. 7-14
https://doi.org/10.17116/profmed2023261017

The Russian Journal of Preventive Medicine
2023, vol. 26, no 10, pp. 7-14
https://doi.org/10.17116/profmed2023261017

Есть ли возможности для повышения качества медицинской помощи без существенных финансовых вложений в России?

© Е.Г. ПОТАПЧИК

ФГАОУ «Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», Москва, Россия

РЕЗЮМЕ

В последние время в странах с развитой экономикой внимание к вопросам транспарентности, или прозрачности, в сфере здравоохранения значительно возрастает. Прозрачность имеет решающее значение для всех аспектов деятельности системы здравоохранения. Повышение транспарентности может приносить определенные выгоды, но при этом имеет определенные риски и даже в отдельных случаях может приводить к негативным последствиям.

Цель исследования. Анализ роли транспарентности в повышении качества медицинской помощи в России.

Материал и методы. Проведен поиск научных публикаций, представленных в базах данных Scopus, Web of Science, Embase, Medline, на сайтах международных организаций. Стратегия поиска включала в себя комбинацию терминов «free text» и «heading medical subject», относящихся к транспарентности систем здравоохранения. Систематизацию и обобщение информации осуществляли по основным направлениям исследования: это стратегии транспарентности здравоохранения в разных странах; находящиеся в открытом доступе показатели качества медицинской помощи; потенциальное влияние повышения прозрачности на улучшение качества помощи; оценка транспарентности систем здравоохранения разных стран по показателю качества медицинской помощи.

Результаты. Сравнение России по уровню транспарентности системы здравоохранения с другими странами свидетельствует о том, что страна обладает существенным резервом повышения качества медицинской помощи за счет расширения практики публичной отчетности в этой сфере. С учетом существенных финансовых вложений, осуществляемых в стране в реализацию проектов цифровизации, расходы на реализацию политики открытости данных могут не потребовать дополнительных вложений или быть несущественными. Накопленные доказательства влияния расширения транспарентности на качество медицинской помощи свидетельствуют о том, что эффект от обеспечения общества адекватной информацией может быть существенным. Повышение транспарентности в России может являться экономически эффективной мерой для повышения качества медицинской помощи.

Выводы. Оцениваемый относительно невысокий уровень транспарентности российской системы здравоохранения свидетельствует о наличии резервов улучшения качества помощи, которые могут быть успешно реализованы за счет относительно недорогой стратегии повышения открытости и прозрачности информации.

Ключевые слова: *транспарентность, качество медицинской помощи, здравоохранение.*

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ:
Потапчик Е.Г. — https://orcid.org/0000-0001-7004-3100
Автор, ответственный за переписку: Потапчик Е.Г. — e-mail: epotapchik@hse.ru

КАК ЦИТИРОВАТЬ:
Потапчик Е.Г. Есть ли возможности для повышения качества медицинской помощи без существенных финансовых вложений в России? *Профилактическая медицина.* 2023;26(10):7–14. https://doi.org/10.17116/profmed2023261017

Are there opportunities to improve the quality of health care without significant financial investments in Russia?

© E.G. POTAPCHIK

National Research University Higher School of Economics, Moscow, Russia

ABSTRACT

Recently, there has been a significant increase in the relevance of transparency issues in health care in developed economies. Transparency is critical for all aspects of the health system. Increasing transparency can bring certain benefits, but it also has certain risks and, in some cases, can even lead to adverse consequences.

Objective. To analyze the role of transparency in improving the quality of health care in Russia.

Material and methods. We searched for scientific publications in the Scopus, Web of Science, Embase, and MEDLINE databases and on the websites of international organizations. The search strategy included a combination of the terms «free text» and «heading medical subject» related to the transparency of health systems. The data was systematized and summarized in the main areas of the study: strategies for health care transparency in different countries; publicly available indicators of the quality of health care; the potential impact of increasing transparency on improving the quality of care, assessing the transparency of health care systems in different countries in terms of quality of health care.

Results. A comparison of Russia with other countries regarding health care system transparency shows that Russia has a significant reserve for improving the quality of medical care by expanding the practice of public reporting. Given the significant financial investments made in the country in the implementation of digitalization projects, the costs of implementing the data transparency

policy may not require additional investments or be insignificant. The available evidence on the impact of increased transparency on the quality of care suggests that the effect of providing adequate information to society can be significant. Increasing transparency in Russia can be a cost-effective measure to improve the quality of medical care.
Conclusions. The relatively low transparency of the Russian health care system indicates the presence of reserves for improving the quality of care, which can be successfully implemented through a relatively inexpensive strategy to increase the openness and transparency of information.

Keywords: *transparency, quality of medical care, health care.*

INFORMATION ABOUT THE AUTHOR:
Potapchik E.G. — https://orcid.org/0000-0001-7004-3100
Corresponding author: Potapchik E.G. — e-mail: epotapchik@hse.ru

TO CITE THIS ARTICLE:
Potapchik EG. Are there opportunities to improve the quality of health care without significant financial investments in Russia? *The Russian Journal of Preventive Medicine.* 2023;26(10):7–14. (In Russ.). https://doi.org/10.17116/profmed2023261017

Введение

В последние время в странах с развитой экономикой внимание к вопросам транспарентности, или прозрачности, в сфере здравоохранения значительно возрастает. Информация о предоставляемых медицинских услугах становится все более прозрачной и имеет решающее значение для всех аспектов деятельности системы здравоохранения. Тема прозрачности в целом и в секторе здравоохранения в частности становится все более распространенной в научной среде зарубежных стран. Прозрачность, как и любое явление, имеет положительные и отрицательные стороны. Усиление транспарентности при определенных условиях может приносить определенные выгоды, имеет определенные риски, а в отдельных случаях даже может приводить к негативным последствиям. С одной стороны, не вызывает сомнений, что с точки зрения демократии и антикоррупционной деятельности транспарентность принципиально важна. С другой стороны, необоснованное повышение транспарентности или неадекватные стратегии ее повышения могут приводить к увеличению затрат и усложнению процесса принятия решений [1, 2].

Цель исследования — анализ роли транспарентности в повышении качества медицинской помощи в России.

Материал и методы

Проводили поиск научных публикаций в базах данных Scopus, Web of Science, Embase, Medline, на сайтах международных организаций. Стратегия поиска включала в себя комбинацию терминов «free text» и «heading medical subject», относящихся к транспарентности систем здравоохранения. Систематизацию и обобщение информации осуществляли по основным направлениям исследования: это стратегии транспарентности в разных странах; находящиеся в открытом доступе показатели качества медицинской помощи; потенциальное влияние повышения прозрачности на улучшение качества медицинской помощи; оценка транспарентности систем здравоохранения разных стран по показателю качества медицинской помощи.

Результаты

Транспарентность в здравоохранении: понятие, потенциальные выгоды, риски, барьеры. Существует множество определений транспарентности (прозрачности). В самом общем виде транспарентность можно определить как открытое ведение дел. В здравоохранении в качестве одного из наиболее полных можно рассматривать определение транспарентности, данное американским Институтом медицины: «Предоставление общественности надежной и понятной информации о качестве и результативности системы здравоохранения, а также потребительском опыте в целях влияния на поведение пациентов, поставщиков медицинских услуг, плательщиков и других лиц для достижения лучших результатов» [3].

Предполагается, что повышение прозрачности в зависимости от измеряемых показателей может способствовать увеличению результативности, безопасности и/или оперативности оказания медицинской помощи двумя путями. Во-первых, это может позволить пациентам выбирать хорошие медицинские организации и высококвалифицированных специалистов (путь выбора). Во-вторых, это может стимулировать медицинские организации и специалистов к повышению качества оказываемой ими помощи (путь изменений) [4, 5]. Другими словами, прозрачность может помочь пациенту сделать осознанный выбор места получения медицинской помощи или альтернативных методов лечения. Кроме того, прозрачность в здравоохранении может способствовать повышению доверия в отношениях между пациентом и врачом, а также к системе здравоохранения в целом. Кроме того, прозрачность может способствовать повышению эффективность функционирования здравоохранения благодаря конкуренции и/или доступности клинических рекомендаций. И это возможно даже в условиях ограниченного выбора пациентами места лечения [6]. Объяснением может служить тот факт, что общедоступная информация о качестве позволяет медицинским организациям выявлять области с низкой производительностью по сравнению с их коллегами. Сравнение собственных показателей с «ожидаемым» или возможным уровнем создает мотивирующий стимул для совершенствования деятельности организаций / отдельных специалистов [7]. Транспарентность часто сочетается со стратегиями аудита и обратной связи, а также со стратегиями внешней оценки, такими как аккредитация, сертификация и надзор.

Влияние транспарентности на повышение результативности деятельности и качества предоставляемой помощи может быть существенным. Однако важно осознавать, что раскрытие и распространение информации может нести значительные риски. В качестве рисков в научных публикациях чаще всего упоминаются следующие.

— Публикация большого объема анонимной информации теоретически создает возможность получения ин-

формации по индивидуальным пациентам, что может привести к открытию персональной информации о больном и его состоянии здоровья.

— Качество данных. Клиницисты часто выступают против публикации информации своей деятельности, поскольку боятся, что предоставляемые данные могут быть разного качества. В целях снижения этого риска необходимо при первом опубликовании данных сопровождать их четкими разъяснениями, чтобы потребители информации понимали все ограничения данных. Помимо этого, публикация данных низкого качества (непродуманные, незначимые показатели, неполные, неточные, устаревшие и несопоставимые данные) приводит к таким негативным последствиям, как неверные выводы и неправильные действия. Примером негативного последствия публичного представления неадекватной информации может служить отчет Ассоциации сосудистых хирургов Великобритании. Как отмечалось в ряде исследований, в отчете отражались необработанные данные по послеоперационной летальности пациентов без учета их рисков, что привело к ошибочным предположениям [8] и определению части хирургов как плохо работающих [9, 10].

— Целенаправленный отбор пациентов для улучшения показателей деятельности. Так, в отдельных работах отмечалось, что после введения публичной отчетности о результатах деятельности хирургов повысилась вероятность отбора пациентов с низкими рисками [10]. Вместе с тем, как отмечается в научной литературе, в реальности практика селективного отбора пациентов не имела широкого распространения [11].

Одним из основных барьеров, препятствующих более широкому внедрению транспарентности в здравоохранении, является боязнь медицинского персонала раскрыть информацию об неблагоприятных последствиях их деятельности [12, 13]. В системе здравоохранения все еще сильна культура индивидуальной вины, подкрепленная профессиональным сокрытием неблагоприятных событий [14—16] и страхом разоблачений [13, 17]. Медицинских работников часто обвиняют, особенно в СМИ, в том, что они избегают прозрачного и открытого общения с пациентами после проявления негативных последствий лечения [16, 18, 19]. Для преодоления такого барьера необходимо поменять общий подход к решению проблемы — перейти от мышления наказания к мышлению обучения на ошибках. Новая парадигма предусматривает создание атмосферы, в которой существует сбалансированная ответственность участников оказания медицинской помощи и постоянное совершенствование. Повышение прозрачности с точки зрения качества и безопасности должно быть основой для обучения на ошибках и для создания благоприятной среды для пациентов и медицинских работников.

Общие подходы к транспарентности систем здравоохранения в Европе. Интерес к публичной отчетности постоянно растет в европейских странах. Значительное внимание в сфере транспарентности систем здравоохранения уделяется вопросам качества медицинской помощи. В проведенном ОЭСР (Организация экономического сотрудничества и развития; Organization for Economic Cooperation and Development — OECD) исследовании характеристик систем здравоохранения, в котором приняла участие 21 страна, более половины опрошенных сообщили об опубликовании результатов мониторинга показателей качества на уровне медицинских организаций [20].

В настоящее время в Европе большинство инициатив публичной отчетности сосредоточено на качестве помощи в стационарном секторе, значительно меньше таких инициатив наблюдается в амбулаторном секторе. Относительно немногие инициативы охватывают оба вида помощи: амбулаторную и стационарную [4].

Достаточно проработанные инициативы по публичной отчетности были реализованы в Великобритании, Нидерландах, Германии и Дании [4]. В некоторых странах публичная отчетность сочетается с применением финансовых стимулов в рамках подхода «Плата за качество» (Pay-for-Quality — P4Q), такого как Система качества и результатов (Quality and Outcomes Framework — QOF) в Великобритании или Схема бонусов за качество (QBS) в Эстонии [4].

Регулирование публичной отчетности различается в зависимости от сектора здравоохранения. Часто публичная отчетность является обязательной для стационаров и необязательной для амбулаторных организаций. Например, в Нидерландах отчетность по отдельным показателям качества является обязательной для больниц, тогда как для первичной медико-санитарной помощи такого правила не существует [4]. Точно так же в Германии федеральное законодательство обязывает больницы участвовать во внешнем управлении качеством (открытости/публичности/прозрачности) и публиковать ежегодные отчеты о качестве медицинской помощи [4].

Публикуемые показатели качества медицинской помощи. Транспарентность как стратегия повышения качества медицинской помощи фокусируется на представлении связанной с качеством информации о результативности, безопасности и отзывчивости медицинской помощи, измеряемой показателями по трем группам: структура, процесс или результат.

Для стационарной помощи набор показателей публичной отчетности варьирует от базового, в рамках которого представляется информация по одному-двум показателям (в основном мощность и/или время ожидания), до набора, включающего в себя подробную информацию как по структурным и процессным показателям, так и по показателям результатов оказания помощи. Многие европейские страны также представляют информацию о мнении пациентов на основе систематически проводимых опросов. Достаточно часто используются интегральные показатели, объединяющие всю или частичную информацию. Интегральные показатели могут быть представлены в разных формах: балльная оценка, рейтинги или, как в отелях, «звездность» и др. [6]

Особого внимания заслуживает датская инициатива sundhedskvalitet, направленная на повышение прозрачности деятельности стационаров и предусматривающая публикацию на общедоступном веб-сайте (www.sundhedskvalitet.dk) одого из самых широких наборов показателей [6]. На упомянутом сайте представлены рейтинги по ряду показателей качества стационарной помощи, включая данные обязательной системы сообщений о неблагоприятных медицинских событиях в соответствии с Законом о безопасности пациентов. Информация о качестве стационарной помощи представлена в виде групп показателей, отражающих условия пребывания в стационаре, своевременность оказания помощи при угрожающих жизни больного состояниях, безопасность пациентов, опыт и удовлетворенность пациентов. Показатели даются по каждой больнице, для сравнения представлены средние показатели по стране.

Показатели также объединены в единый сводный индекс, отражающий качество оказываемой в каждой больнице медицинской помощи. Индекс представлен в виде звездного рейтинга по шкале от одной до пяти звезд. В то же время алгоритм, используемый для расчета рейтингов, не доступен для широкой общественности. На сайте пользователи могут получить доступ к данным об отдельных видах лечения и вмешательств. Диапазон показателей, доступных для набора вмешательств и процедур, варьирует от показателей послеоперационной летальности при операции на сердце до времени ожидания различных методов лечения рака молочной железы. Эта информация отображается для каждой больницы, оказывающей соответствующую услугу, включая средние показатели по стране для сравнения. Размещенная на рассматриваемом сайте информация основывается на данных различных специальных инициатив, находящихся также в открытом доступе, таких как «Национальный регистр пациентов», «Национальный проект индикаторов» и др.

Показатели качества амбулаторной помощи публикуются достаточно редко. Только инициативы в Швеции и Великобритании включают индикаторы клинических процессов и исходов [6]. Большая часть инициатив публичной подотчетности в сфере качества предоставления амбулаторной помощи охватывает также и вопросы удовлетворенности пациентов. Определенный интерес вызывает добровольная английская инициатива по транспарентности качества амбулаторной помощи Quality and Outcomes Framework (QOF) [21]. Эта инициатива представляет собой добровольную программу для врачей общей практики (ВОП), использующую стимулы для поощрения лучших практик. Цель инициативы — повышение уровня оказания медицинской помощи путем оценки и сравнительного анализа качества получаемой пациентами помощи. Изначально инициатива охватывала всю Великобританию, спустя определенное время большинство регионов страны отказались от участия в этой инициативе. В настоящее время эта инициатива работает только в Англии и охватывает более 6,5 тыс. врачебных практик. В рамках этой инициативы практики ВОП представляют информацию по четырем основным направлениям:

— клинические показатели (57 показателей по 20 заболеваниям/состояниям, таким как хроническая болезнь почек, сердечная недостаточность, артериальная гипертензия и т.д.);

— профилактика и факторы риска (5 показателей, таких как кровяное давление, ожирение в возрасте 18+, курение в возрасте 15+ т.д.);

— дополнительные услуги по профилактике (2 показателя по скринингу шейки матки);

— улучшение качества (4 показателя по двум направлениям — ранняя диагностика онкологических заболеваний и уход за людьми с ограниченными возможностями обучения) [21].

По каждому направлению выставляются баллы. Окончательный стимулирующий платеж, определяющийся как сумма полученных баллов, корректируется с учетом хирургической нагрузки, демографических данных приписного населения и распространенности хронических заболеваний в районе, где работает практика. Инициатива сравнивает достигнутые в текущем году результаты с результатами предыдущего года. В рамках этой инициативы на сайте публикуются ежегодные отчеты, доступные широкой аудитории: от пациентов до органов управления и профессионального сообщества.

Характер и объем данных, используемых в общедоступных информационных системах качества медицинской помощи, значительно варьируют по странам и в значительной степени зависят от целевой аудитории потребителей [6].

Особого внимания заслуживают вопросы прозрачности в сфере безопасности медицинской помощи. Прозрачность в этой сфере базируется на системе отчетности о неблагоприятных явлениях и на регулярном сборе данных, полученных как из историй болезни, так и от пациентов, что является ценным и базовым материалом для обучения медицинского персонала по вопросам безопасности.

Принятые в разных странах (Чешская Республика, Республика Корея, Швеция, Турция и др.) подходы к отчетности по неблагоприятным явлениям крайне разнородны. Сообщения о большинстве неблагоприятных событий являются добровольными и открытыми для всех медицинских работников. Значительно реже такие данные в определенной форме доступны для пациентов. В некоторых странах отчетность является обязательной, как правило, для отдельных видов вопиющих неблагоприятных событий. Например, в Австралии все больницы обязаны сообщать о десяти неблагоприятных явлениях, которые в подавляющем большинстве случаев можно предотвратить [22]. В частности, к таким последствиям относятся: операция или другая инвазивная процедура, выполненная не в том месте и приведшая к серьезным травмам или смерти; подозрение на самоубийство пациента в отделении неотложной психиатрической помощи; медикаментозная ошибка, приведшая к серьезным травмам или смерти пациента; применение физических или механических средств сдерживания, повлекшее за собой причинение серьезного вреда здоровью пациента, и др.[22].

В системах здравоохранения отдельных стран (таких как Канада, Великобритания, Австралия и др.) введена политика раскрытия для пациентов информации о неблагоприятных последствиях, включая возможность наложения санкций за сокрытие информации об ошибке. Был опубликован ряд доказательств, что раскрытие такой информации может приводить к ряду положительных эффектов:

— снижению вероятности судебного процесса, возбуждаемого пациентами по делу о причинении вреда, и снижению объемов компенсаций и судебных разбирательств;

— откровенному двустороннему обсуждению с пациентами, поддерживаемому руководителями организаций, которое может дать ценную информацию о причине вреда с точки зрения пациента, что способствует обучению и совершенствованию деятельности врачей [23].

В целях расширения практики публичной отчетности о неблагоприятных последствиях в отдельных странах вводились так называемые схемы компенсации «без вины» за причинение вреда здоровью. Такие схемы основаны на принципе, что пострадавшие должны получать компенсацию за свои травмы без необходимости доказывать чью-либо вину в суде. В самом общем виде такие схемы предусматривали возможность разделения вопросов компенсации и дисциплинарных процедур, а также возможность покрытия расходов на лечение и реабилитацию по поводу всех полученных в процессе лечения негативных для здоровья пациента последствий без возбуждения судебного разбирательства [24]. Такие схемы в 1990-х годах были введены во многих странах: Японии, Новой Зеландии, Швеции, Финляндии, Дании и др. [25]. Считается, что такие схемы

способствуют устранению барьеров для раскрытия информации о неблагоприятных последствиях [25].

Доказательства влияния транспарентности на качество медицинской помощи. Во многих исследованиях предпринималась попытка оценить влияние повышения транспарентности на качество медицинской помощи. Существующие доказательства неоднородны. Одни авторы констатируют, что повышение транспарентности в сфере качества медицинской помощи приводит к ее улучшению, другие доказывают незначительный уровень такого улучшения и в отдельных случаях отсутствие какой-либо взаимосвязи.

К настоящему времени накоплен значительный объем доказательств влияния повышения транспарентности в сфере качества медицинской помощи на улучшение результатов лечения, особенно в стационарах. Одним из ранних примеров положительного влияния транспарентности на результаты лечения является инициатива американских кардиохирургов по раскрытию информации о результатах проведенных операций. Так, в 1989 г. кардиохирурги в штате Нью-Йорк начали публиковать данные о результатах аортокоронарного шунтирования (АКШ). Спустя некоторое время в штате уровень смертности после АКШ упал более чем на 40% [26]. Аналогичные результаты были получены и в Великобритании. В 2005 г. британские кардиохирурги добровольно начали публиковать данные о результатах отдельных видов операций. В 2010 г. летальность с учетом рисков смерти пациентов для АКШ и замены аортального клапана упала более чем на 20% и 30% соответственно. Согласно оценкам, в Великобритании публикации данных о послеоперационной летальности ежегодно сохраняют около 1000 жизней [27]. В одной из публикаций в английском журнале авторы сообщали о том, что транспарентность создает такие же стимулы для улучшения качества предоставляемых услуг, как и финансовые вознаграждения [28]. Более поздние английские исследования продемонстрировали, что введение публичной отчетности о результатах хирургических вмешательств позитивно повлияло на смертность при операциях по поводу колоректального рака в Англии — способствовало более быстрому снижению смертности [29].

В Канаде спустя несколько месяцев после начала опубликования сопоставительных данных о качестве предоставляемой в стационарах помощи незапланированные повторные госпитализации сократились более чем на 20% [30]. В другом канадском исследовании отмечалось, что после опубликования данных по госпитальной летальности больницы значительно чаще стали внедрять мероприятия по улучшению качества предоставляемых услуг [31].

В голландском исследовании было выявлено, что в Нидерландах качество медицинской помощи улучшается быстрее в больницах, уполномоченных правительством публиковать данные об опыте пациентов, чем в больницах, которые этого не сделали [32].

В Швеции публичная отчетность о смертности среди пациентов с инфарктом миокарда заставила самые «отсталые» больницы разрабатывать программы совершенствования помощи и улучшения качества предоставляемых услуг. Спустя 2 года в этих больницах госпитальная летальность при этом заболевании снизилась в 2 раза [33].

Показателен также опыт Германии. Начиная с 2000 г. крупная сеть больниц и реабилитационных клиник добровольно начала публиковать клинические результаты своей деятельности. В сети клиник наблюдались существенные улучшения по ряду показателей, включая снижение более чем на 25% летальности при аневризме аорты [34]. Другое немецкое исследование продемонстрировало, что качество предоставляемой помощи росло более быстрыми темпами в больницах, официально публикующих показатели качества, по сравнению с не публикующими данные больницами [35].

Значительно меньше исследований свидетельствуют о низкой степени влияния транспарентности на повышение качества медицинской помощи. В 2016 г. были опубликованы результаты американского исследования, свидетельствующие о том, что публичная отчетность не привела к снижению повторных госпитализаций или госпитальной летальности [36]. В недавнем немецком исследовании отмечается, что несмотря на то что начиная с 2004 г. в рамках национальной программы мониторинга качества все немецкие больницы неотложной помощи обязаны сообщать структурные показатели, показатели процесса и результатов деятельности, улучшения качества по некоторым показателям достигнуто не было. При этом авторы сообщают, что измерение качества и публичная отчетность обеспечивают гарантию качества оказываемых услуг [37].

Проведенные системные обзоры исследований по влиянию транспарентности на качество медицинской помощи демонстрируют смешанные результаты. Вышедшая в 2016 г. работа P. Campanella и соавт. [38] представляет собой системный обзор и метаанализ исследований по влиянию публичной отчетности на клинические исходы лечения. В целом исследования оказались относительно низкого качества, поскольку почти все они являются обсервационными исследованиями. В большинстве включенных в обзор исследований (23 из 27 исследований) сообщается о положительных результатах, в 3 работах — о смешанных результатах: по некоторым индикаторам наблюдался положительный эффект, а по другим — отсутствие эффекта или отрицательный эффект. Одно исследование показало негативное влияние публичной отчетности на клинические результаты. Проведенный авторами метаанализ с включением 10 исследований показал, что публичная отчетность была связана с более низкой смертностью.

Обсуждение

Возникает вопрос — можно ли в России повысить качество медицинской помощи без дополнительных финансовых средств? Проведенное компанией KPMG International в 2017 г. исследование было направлено на сопоставительную оценку уровня транспарентности систем здравоохранения 32 стран, включая Россию [39].

Оценка уровня траспарентности систем здравоохранения осуществлялась по 6 предметным зонам, которые оценивались по 27 показателям.

I. Качество медицинской помощи: больничная летальность / уровень выживаемости при отдельных острых состояниях; больничная летальность от всех причин / уровень выживаемости в стационаре; уровень повторных госпитализаций; время ожидания в стационаре при оказании неотложной помощи; отчет о неблагоприятных последствиях; внутрибольничная инфекция.

II. Мнение пациентов: о результатах лечения; удовлетворенность лечением; о возможности рекомендовать другим людям получение помощи в данной медицинской организации; жалобы.

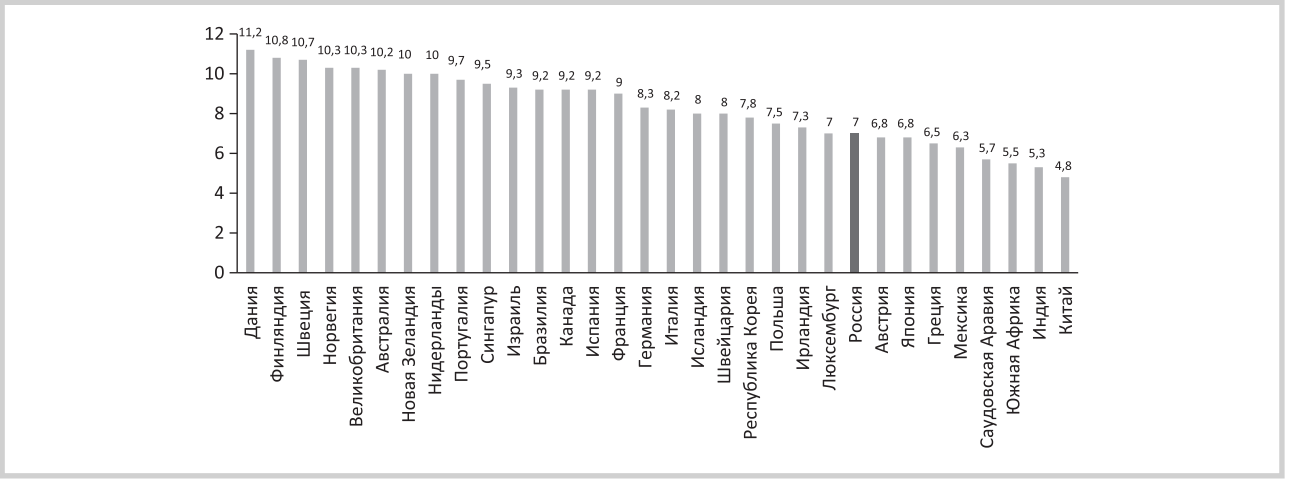

Рис. 1. **Сводный индекс транспарентности (баллы).**
Источник: *Through the looking glass. A practical path to improving healthcare through transparency*. Netherlands: KPMG International; 2017 [39].

Fig. 1. **The composite transparency index (points).**
Source: *Through the looking glass. A practical path to improving healthcare through transparency*. Netherlands: KPMG International; 2017 [39].

III. Финансирование: ежегодная финансовая отчетность медицинских организаций; платежи, взимаемые с пациентов; расходы плательщиков на оказание медицинской помощи; раскрытие информации о платежах и подарках медицинскому персоналу.

IV. Управление: доступность нормативно-законодательных документов; права пациентов; процедуры закупок и принятия решений; публичность принятия решений; вовлеченность пациентов/общества.

V. Персональные медицинские данные: доступ к электронным картам пациентов; медицинская документация, находящаяся в совместном доступе; политика защиты персональных данных; информация об использовании данных пациента.

VI. Требования к информации: доступность информации; актуальность данных; информированный выбор медицинских организаций и предоставляемых услуг; использование открытых форматов данных.

Уровень транспарентности определяли по сводному индексу транспарентности систем здравоохранения. Для проведения количественной оценки индекса транспарентности применяли простую методику. Каждый показатель оценивали по 3-балльной шкале (от 1 до 3), по отдельным показателям (всего таких показателей 9) можно было выставлять бонусный балл. По каждому показателю ответ «нет или только несколько/редко» оценивали в 1 балл, «большинство / в основном» — в 2 балла, «все/всегда» — в 3 балла. По всем направлениям рассчитывали сумму баллов, выставленных экспертами по каждому входящему в направление показателю. Сводный индекс транспарентности рассчитывали как среднеарифметическое значение суммы баллов по всем направлениям.

Результаты исследования показали, что сводный индекс транспарентности значительно варьирует по странам **(рис. 1)**. Так, к лидирующим странам, характеризующимся наивысшими уровнями прозрачности систем здравоохранения, относятся Дания, Финляндия, Швеция, Норвегия и Великобритания. К странам с самым низким уровнем транспарентности — Мексика, Саудовская Аравия, Южная Африка, Индия, Китай. По оценкам исследователей, Россия относится к группе стран с низким уровнем транспарентности, она разделяет 23—24-е места с Люксембургом.

По направлению «Качество медицинской помощи» рейтинг России по отношению к другим странам несколько выше, чем по сводному индексу транспарентности: Россия делит с Швейцарией 21—22-е места **(рис. 2)**.

Единственным показателем качества медицинской помощи, по которому Россия получила балл чуть выше, чем минимальный, является показатель «больничная летальность / уровень выживаемости при отдельных острых состояниях» **(рис. 3)**. По всем остальным показателям транспарентности по этому направлению Россия получила минимальный балл. Как видно, по сравнению со странами с максимальным уровнем транспарентности по направлению качества медицинской помощи Россия обладает существенным резервом повышения качества медицинской помощи за счет расширения практики публичной отчетности. С учетом существенных вложений, осуществляемых в реализацию проектов цифровизации в стране, расходы на реализацию политики открытости данных о качестве медицинской помощи могут не потребовать дополнительных вложений или быть несущественными. С учетом накопленных доказательств влияния расширения транспарентности на качество медицинской помощи эффект от обеспечения общества адекватной информацией может быть существенным. Исходя из этого, можно предположить, что повышение транспарентности может являться экономически эффективной мерой для повышения качества медицинской помощи.

Накопленный на сегодняшний день опыт показывает, что для успешной реализации стратегии публичного раскрытия данных о качестве медицинской помощи необходимо учитывать следующие моменты:

— особое внимание следует уделить цели раскрытия информации, типу и форме представления информации, нацеленной на использование различными заинтересованными сторонами системы здравоохранения [40];

— публичное раскрытие информации должно быть интегрировано с другими стратегиями повышения качества, включая такие меры, как внешняя оценка качества, стиму-

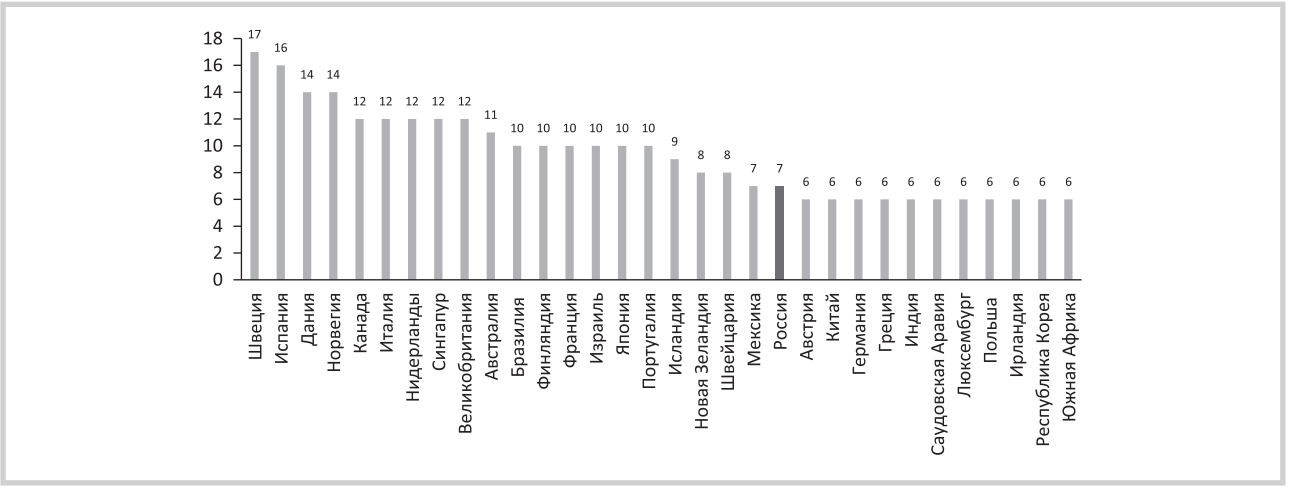

Рис. 2. **Индекс транспарентности по качеству медицинской помощи (баллы).**
Источник: *Through the looking glass. A practical path to improving healthcare through transparency*. Netherlands: KPMG International; 2017 [39].

Fig. 2. **The medical care quality transparency index (points).**
Source: *Through the looking glass. A practical path to improving healthcare through transparency*. Netherlands: KPMG International; 2017 [39].

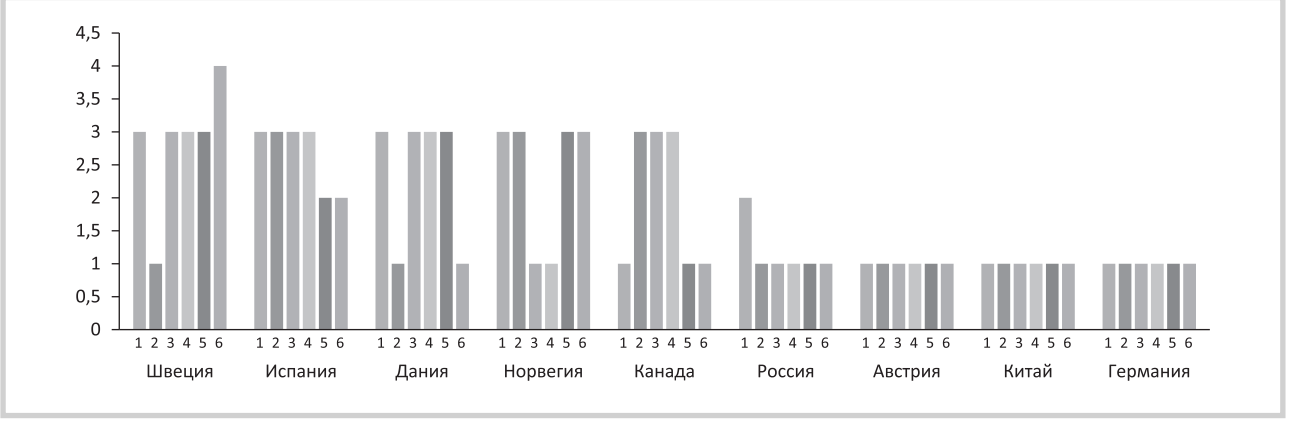

Рис. 3. **Индекс транспарентности по качеству медицинской помощи в разрезе элементов (баллы).**
Номера 1—5 соответствуют упоминаемой ранее последовательности показателей по предметной зоне «Качество медицинской помощи».
Источник: *Through the looking glass. A practical path to improving healthcare through transparency*. Netherlands: KPMG International; 2017 [39].

Fig. 3. **The medical care quality transparency index by elements (points).**
Numbers 1-5 correspond to the previously mentioned sequence of parameters for the subject area «Quality of medical care».
Source: *Through the looking glass. A practical path to improving healthcare through transparency*. Netherlands: KPMG International; 2017 [39].

лирование предоставления высококачественной помощи, а также обмен опытом и изучение передового опыта [40, 41];

— для повышения достоверности и полезности публичные данные и отчеты должны создаваться в сотрудничестве с медицинским сообществом и другими заинтересованными группами [41];

— использование адекватных показателей, позволяющих осуществлять точное сравнение различных медицинских организаций. В частности, при представлении информации о результатах деятельности следует проводить тщательную корректировку рисков обслуживаемых больных. При этом правомерность сравнений должна признаваться профессионалами [41, 42].

Заключение

Транспарентность не является панацеей и требует достижения компромиссов. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что публичная отчетность способна улучшать качество медицинской помощи, измеряемое показателями процесса и результатов. Оцениваемый относительно невысокий уровень транспарентности российской системы здравоохранения свидетельствует о наличии резервов улучшения качества помощи, которые могут быть успешно реализованы за счет относительно недорогой стратегии повышения открытости и прозрачности информации.

Исследование осуществлено в рамках Программы фундаментальных исследований НИУ ВШЭ в 2023 г.

The study was implemented in the framework of the Basic Research Program at the National Research University Higher School of Economics (HSE University) in 2023.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.
The author declares no conflicts of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Hood C, Dixon R. *A government that worked better and cost less? Evaluating three decades of reform and change in the UK central government*. Oxford: Oxford University Press; 2015.
2. Han BC. *The transparency society*. Stanford: Stanford University Press; 2015.
3. *Summary of Position Paper Approved by ACP Board of Regents*. USA: American College of Physicians; 2010. Accessed August 19, 2023. https://www.acponline.org/sites/default/files/documents/advocacy/current_policy_papers/assets/transparency_issues_brief.pdf
4. Busse R, Klazinga N, Panteli D, Quentin W. *Improving healthcare quality in Europe. Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies*. Geneva: WHO and OECD; 2019.
5. Berwick DM, James B, Coye MJ. Connections between quality measurement and improvement. *Medical Care*. 2003;41(1 Suppl):I30-I38. https://doi.org/10.1097/00005650-200301001-00004
6. Cacace M, Ettelt S, Brereton L, Pedersen J, Nolte E. How health systems make available information on service providers. Experience in seven countries. *RAND and London School of Hygiene and Tropical Medicine*. 2011;1(1):11.
7. Shekelle PG. *Public performance reporting on quality information*. In: Smith PC. Performance measurement for health system improvement. Cambridge: Cambridge University Press; 2009.
8. Williams N. Ahead of the game. *Bull R Coll Surg Engl*. 2013;8:250-251.
9. Radford PD, Derbyshire LF, Shalhoub J, Fitzgerald JEF; Council of the Association of Surgeons in Training. Publication of surgeon specific outcome data: A review of implementation, controversies and the potential impact on surgical training. *International Journal of Surgery (London, England)*. 2015;13:211-216. https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2014.11.049
10. Walker K, Neuburger J, Groene O, Cromwell DA, van der Meulen J. Public reporting of surgeon outcomes: low numbers of procedures lead to false complacency. *Lancet (London, England)*. 2013;382:1674-77.
11. Fung CH, Lim YW, Mattke S. Systematic review: the evidence that publishing patient care performance data improves quality of care. *Annals of Internal Medicine*. 2008;148:111-123. https://doi.org/10.7326/0003-4819-148-2-200801150-00006
12. Liang BA, Lovett KM. *Error disclosure*. In: Agrawal A. Patient safety — A case-based comprehensive guide (pp. 329-340). New York: Springer Science and Business Media New York; 2013.
13. Waring J. When whistle-blowers become the story: The problem of the third victim. *International Journal of Health Policy and Management*. 2015;5(2):133-135.
14. Johnstone J, Kanitsaki O. The ethics and practical importance of defining, distinguishing and disclosing nursing errors: A discussion paper. *International Journal of Nursing Studies*. 2006;43(3):367-376.
15. Wiig S, Lindøe PH. Patient safety in the interface between hospital and risk regulator. *Journal of Risk Research*. 2009;12(3-4):411-427.
16. Woodier N. Moving from Safety I to Safety II, but what about the media? *BMJ Quality & Safety*. 2015;24:178.
17. Mannion R, Davies HTO. Cultures of silence and cultures of voice: The role of whistleblowing in healthcare organizations. *International Journal of Health Policy Management*. 2015;4(8):503-505.
18. Francis R. *Report of the mid staffordshire NHS foundation trust public inquiry executive summary*. London: The Stationery Office; 2013.
19. Hannawa AF, Shigemoto Y, Little TD. Medical errors: Disclosure styles, interpersonal forgiveness, and outcomes. *Social Science and Medicine*. 2016;156:29-38.
20. *Health System Characteristics Survey. 2016 wave*. Paris: OECD; 2019. Accessed May 25, 2023. https://qdd.oecd.org/subject.aspx?Subject=hsc
21. QOF 2021-22 results. Accessed August 19, 2023. https://qof.digital.nhs.uk
22. Incident management and sentinel events. Australian sentinel events list version 2. Accessed August 19, 2023. https://www.safetyandquality.gov.au/our-work/indicators-measurement-and-reporting/incident-management-and-sentinel-events
23. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. *Open Disclosure Standard Review Report*. Sydney: ACSQHC; 2012.
24. Dickson K, Hinds K, Burchett H, Brunton G, Stansfield C, Thomas J. *No-fault compensation schemes: A rapid realist review*. London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, UCL Institute of Education, University College London; 2016.
25. *Measuring Patient Safety. Opening the Black Box*. Paris: OECD; 2018.
26. Shekelle PG. *Does public release of performance results improve quality of care?* London: The Health Foundation; 2008.
27. Bridgewater B, Grayson AD, Brooks N, Grotte G, Fabri BM, Au J, Hooper T, Jones M, Keogh B; North West Quality Improvement Programme in Cardiac Interventions. Has the publication of cardiac surgery outcome data been associated with changes in practice in northwest England: an analysis of 25,730 patients undergoing CABG surgery under 30 surgeons over eight years. *Heart*. 2007;93:744-748. https://doi.org/10.1136/hrt.2006.106393
28. Lindenauer PK, Remus D, Roman S, Rothberg MB, Benjamin EM, Ma A, Bratzler DW. Public reporting and pay-for-performance in hospital quality improvement. *The New England Journal of Medicine*. 2007;356:486-496. https://doi.org/10.1056/NEJMsa064964
29. Vallance AE, Fearnhead NS, Kuryba A, Hill J, Maxwell-Armstrong C, Braun M, van der Meulen J, Walker K. Effect of public reporting of surgeons' outcomes on patient selection, gaming and mortality in colorectal cancer surgery in England: population-based cohort study. *BMJ*. 2018;361:k1581. https://doi.org/10.1136/bmj.k1581
30. Aina V, Kocher D. Achieving better patient outcomes today. *Health Int*. 2008;7:30-41.
31. Tu JV, Donovan LR, Lee DS, Wang JT, Austin PC, Alter DA, Ko DT. Effectiveness of Public Report Cards for Improving the Quality of Cardiac Care. The EFFECT Study: A Randomized Trial. *JAMA*. 2009;302(21):2330-2337. https://doi.org/10.1001/jama.2009.1731
32. Ikkersheim DE, Koolman X. Dutch healthcare reform: did it result in better patient experiences in hospitals? A comparison of the consumer quality index over time. *BMC Health Services Research*. 2012;12:76. https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-76
33. Larsson S. *From concept to reality: Putting value-based health care into practice in Sweden*. Boston: Boston Consulting Group; 2010.
34. Transparency — the most powerful driver of health care improvement? USA: McKinsey's Health Systems and Services Practice; 2011.
35. Kraska RA, Krummenauer F, Geraedts M. Impact of public reporting on the quality of hospital care in Germany: a controlled before-after analysis based on secondary data. *Health Policy*. 2016;120(7):770-779. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.04.020
36. Devore AD, Hammil BG, Hardy NC, Eapen ZJ, Peterson ED, Hernandez AF. Has Public Reporting of Hospital Readmission Rates Affected Patient Outcomes? Analysis of Medicare Claims Data. *Journal of the American College of Cardiology*. 2016;67:963-972. https://doi.org/10.1016/j.jacc.2015.12.037
37. Bayindir EE, Schreyögg J. Esra Eren Bayindir and Jonas Schreyögg Public Reporting of Hospital Quality Measures Has Not Led to Overall Quality Improvement: Evidence From Germany. *Health Affairs (Project Hope)*. 2023;42(4):566-574. https://doi.org/10.1377/hlthaff.2022.00470
38. Campanella P, Vukovic V, Parente P, Sulejmani A, Ricciardi W, Specchia ML. The impact of Public Reporting on clinical outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research*. 2016;16:296. https://doi.org/10.1186/s12913-016-1543-y
39. *Through the looking glass. A practical path to improving healthcare through transparency*. Netherlands: KPMG International; 2017.
40. *Caring for quality in health. Lessons learned from 15 reviews of health care quality*. Paris: OECD; 2017.
41. Marshall MN, Shekelle PG, Leatherman S, Brook RH. Public disclosure of performance data: learning from the US experience. *Quality in Health Care*. 2000;9:53-57. https://doi.org/10.1136/qhc.9.1.53
42. Iezzoni L. *Risk adjustment for performance measurement*. In: Smith PC. Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects. Cambridge: Cambridge University Press; 2009.

Поступила 28.06.2023
Received 28.06.2023
Принята к печати 10.07.2023
Accepted 10.07.2023