

Арустамян Г.Н.

## Клинико-экономический анализ и его роль в управлении качеством медицинской помощи

В последней трети XX века произошли масштабные изменения в управлении национальными экономическими системами и, в первую очередь, ее социальным сектором. Появление новых форм воспроизводства основного капитала, ускорение инновационных процессов и рост накопления нематериального капитала коренным образом изменили вектор развития инвестиционной политики. Целью глобальных инвестиций стала концентрация человеческих и материальных ресурсов на сфере воспроизводства человеческого капитала и накоплении национального богатства, что лежит в основе удовлетворения потребностей общества. Таким образом, стала формироваться глобальная экономическая система *социально ориентированного типа*, базирующаяся на инвестировании в человеческий капитал, ускорении инноваций, формировании новой структуры воспроизводимого богатства.

Формирование новой инфраструктуры общества определило необходимость решения проблем социального характера, что побудило правительства многих стран пересмотреть взгляды на управление системой здравоохранения, являющейся системообразующим элементом современной структуры общества.

Общепризнано, что здоровье индивида, равно как и здоровье всего населения, является фактором роста экономического потенциала страны. Ввиду чего совершенствование системы управления *качеством* медицинской помощи несомненно, становится одной из важнейших стратегических целей национальной безопасности.

Тем не менее, несмотря на многочисленные попытки сколько-нибудь приблизить процесс реформирования отечественного здравоохранения к истинному пониманию и сущности модернизации, вопрос качества медицины в России по-прежнему остается нерешенным. Основная проблема состоит в разрозненности проводимых в данной сфере реформ. Важно понимать, что задача государства состоит главным образом в том, чтобы обеспечить условия для достижения высокой результативности лечебно-профилактической деятельности, учитывая пределы государственного финансирования здравоохранения. В связи с этим, на первый план выходит необходимость использования экономических методов регулирования и повышения качества медицинской помощи.

**Клинико-экономический анализ в управлении здравоохранением. История вопроса. Основные понятия и методология.** Возможность применения инструментов экономического регулирования в здравоохранении обсуждается уже более полувека. Тем не менее, первым кто осуществил прорыв в данной области, был английский статистик и экономист У.Петти, оценивший стоимость человеческой жизни в пределах 60–90 фунтов стерлингов<sup>1</sup>. По мнению Петти, величина человеческого капитала должна оцениваться капитализацией заработка, выступающего как пожизненная рента, с учетом рыночной ставки процента.

Английский демограф Уильям Фарр развил теорию Петти путем исчисления сегодняшней стоимости будущих заработков индивидуума за минусом личных затрат на жизнь. Кроме того, Фарр произвел расчеты экономической пользы от медицинской помощи, оказываемой рабочим во время эпидемий на основе анализа финансовых потерь от недопроизводства.

<sup>1</sup> LaPorte R., Omenn G., Serageldin I. Introduction to Health Economics.  
– <http://www.pitt.edu/~super1/lecture/lec0092/010.htm> (01.10.2011).

Тем не менее, до середины XX в. систематический экономический анализ в медицине не использовался. Лишь в 1950-х гг. американские ученые К. Эрроу и М. Фридман провели исследования, доказавшие возможность практического использования экономических методов в здравоохранении. С одной стороны, экономический анализ стало возможно использовать в качестве информационного ресурса при принятии решений по финансированию и распределению ресурсов, с другой стороны – позволил в значительной степени «ускорить» проведение социальных реформ.

Непрекращающийся рост цен на медицинские услуги и медикаменты в 60–70-х годах привел администраторов, принимающих решения, к мысли о необходимости разработки механизмов ценового контроля. Начали обсуждаться проблемы сокращения расходов на оказание медицинской помощи, что привело исследователей к определению роли и места в ней понятия «экономической эффективности».

Настоятельная потребность в организации систематического анализа экономических преимуществ различных медицинских технологий сформировалась вследствие становления государственных механизмов в сфере охраны здоровья населения. В результате, в середине 50–70-х гг. XX в. Получили развитие такие методы экономического анализа, как «затраты-выгода», «затраты-эффективность» и «затраты-полезность». Авторами первых примеров проведения экономического анализа, получивших название «анализ стоимости болезни» (cost of illness analysis), стала американский экономист, профессор Д.П. Райс (Dorothy P. Rice), которая впервые в 1963 г. произвела расчет стоимости «бремени болезней» для американского общества, тем самым заложив основу для дальнейших исследований в данном направлении (коэффициенты DALY (disability-adjusted life years) и QALY – с поправкой на качество жизни).

Активное развитие клинической эпидемиологии параллельно с совершенствованием инструментов оценки эффективности и безопасности медицинских вмешательств способствовало появлению и внедрению в клиническую практику концепции *доказательной медицины* (evidence-based medicine).

Основоположником концепции медицины, основанной на доказательствах, является британский эпидемиолог А. Кокран. Он впервые обратил внимание на необходимость оценки эффективности лечебных технологий путем аналитического обобщения результатов клинических испытаний<sup>2</sup>. Использование концепции медицины, основанной на доказательствах, позволяет применять объективные критерии медицинской эффективности при экономической оценке альтернативных вариантов действий для достижения конкретного результата и, как следствие, **повышения качества** оказываемых услуг.

Ключевые положения доказательной медицины легли в основу формирования и внедрения в повседневную врачебную практику инструментария *клинико-экономического анализа* лечебно-профилактических учреждений.

Клинико-экономический анализ является на сегодняшний день важнейшим звеном в системе управления качеством медицинской помощи. Его основной задачей в управлении КМП является рационализация выбора медицинских технологий на основе интегральной оценки из клинической и экономической эффективности. В настоящее время клинико-экономический анализ является основным методом проведения комплексной оценки клинико-экономической эффективности медицинских технологий (вмешательств) в процессе выбора определенных методик лечения пациентов. Тем не менее, в отечественной и зарубежной литературе существует множество

---

<sup>2</sup> Shah H.M., Chung K.C. Archie Cochrane and his vision for evidence-based medicine.  
– <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2746659/?tool=pubmed> (02.10.2011).

альтернативных терминов, что, безусловно, затрудняет поиск и разработку единообразных подходов к проведению комплексного медико-экономического исследования.

Основная проблема состоит в смещении акцентов проведения подобных исследований в область лекарственного обеспечения, что зачастую отождествляется с термином «фармакоэкономика». По мнению доктора мед.наук, профессора А.С. Шпигеля, «фармакоэкономика – это комплексный клинико-экономический анализ результатов применения медицинских вмешательств в сфере лекарственного обеспечения»<sup>3</sup>. Тем не менее, методы фармакоэкономического анализа могут и активно применяются ко всем видам медицинских вмешательств. В то же время, аспекты самой фармакологии в ходе проведения КЭА никак не затрагиваются.

**Клинико-экономический анализ** по своей сути представляет собой проведение *сравнительного анализа двух или более медицинских технологий (диагностики, профилактики, лечения и реабилитации) на основе комплексного взаимосвязанного учета результата медицинских вмешательств и затрат на их выполнение*<sup>4</sup>.

Главной **целью** КЭА является достижение наилучшего результата в рамках ограниченного объема выделяемых средств, т. е. рациональное расходование ресурсов при сохранении высокого качества медицинского обслуживания.

В здравоохранении основным ожидаемым результатом является здоровье, которое сложно количественно измерить, поэтому существуют различные подходы к оценке результатов медицинских вмешательств при проведении КЭА.

Развитие методологии КЭА и внедрение его результатов в медицинскую практику стало важным шагом на пути совершенствования управления качеством медицинской помощи (далее – КМП) и системой здравоохранения в целом в ряде зарубежных стран. Наибольшее развитие проведение клинико-экономических исследований получило в экономически развитых странах, определивших данный метод ключевым в достижении баланса в предоставлении качественной медицинской помощи и ограниченными ресурсами финансирования здравоохранения.

Проведение КЭА подразумевает использование двух **критериев**, которым должно соответствовать исследование:

1. **Сравнительный дизайн**, т.е. включение в анализ как минимум двух методов лечения.
2. **Анализ стоимости и результата** (клиническая эффективность и безопасность) каждого включенного в исследование метода лечения.

Принято различать **основные (базисные) и вспомогательные методы КЭА**:

Основные методы посвящены расчету соотношения между затратами и полученными результатами:

1. **Затраты-эффективность/результативность** (cost-effectiveness analysis (CEA)).

Данный метод представляет собой технологию сравнительного анализа соотношения затрат и результатов для двух или более медицинских технологий, эффективность которых различна, но результаты измеряются в одинаковых единицах. По мнению профессора Н.Г. Шамшуриной, данный метод особенно актуален для ЛПУ в условиях ограниченности ресурсов<sup>5</sup>.

<sup>3</sup> Шпигель А.С. Клинико-экономический анализ и разработка формулярной системы на основе доказательной медицины: расширение возможностей для антигомотоксической фармакотерапии // Биологическая медицина. № 1. 2004. С. 3–4.

<sup>4</sup> Управление и экономика здравоохранения / Под ред. акад. РАМН А.И. Вялкова. М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2009. С. 513.

<sup>5</sup> Шамшурина Н.Г. Показатели социально-экономической эффективности в здравоохранении. М: МЦФЭР, 2005. С. 320.

Метод «затраты-эффективность» состоит из следующих этапов:

1. Анализ различных способов лечения определенного заболевания;
2. Определение размера средних и (или) максимальных затрат на одного пациента;
3. Расчеты коэффициентов эффективности затрат по каждому варианту лечения;
4. Сравнение коэффициентов эффективности затрат по каждому варианту лечения.

Результаты оценки по методу «затраты-эффективность» можно рассчитать при помощи данной формулы:

$$CER = \frac{DC + IC}{Ef},$$

Где **CER** (cost-effectiveness ratio) – соотношение «затраты-эффективность» на одного вылеченного больного (в %)

**DC** – прямые затраты

**IC** – косвенные затраты

**Ef** – эффективность лечения (процент вылеченных больных)

Для того, чтобы сделать выбор в пользу той или иной технологии лечения, необходимо провести анализ *приращения* эффективности затрат, иными словами – так называемый инкрементный подход, т.е. сравнение затрат и результатов одного метода по сравнению с другим.

$$CER_{incr} = \frac{(DC1 + IC1) - (DC2 + IC2)}{Ef1 - Ef2}$$

**CER<sub>incr</sub>** – показатель приращения эффективности затрат, т.е. стоимость достижения каждой дополнительной единицы эффективности

**DC1** – прямые затраты при использовании технологии 1

**IC1** – косвенные затраты при использовании технологии 1

**DC2** – прямые затраты при использовании технологии 2

**IC2** – косвенные затраты при использовании технологии 2

**Ef1** и **Ef2** – показатели эффективности лечения при использовании технологии 1 и 2.

## 2. Минимизация затрат (cost-minimization analysis(CMA))

В ходе использования данного метода КЭА сравниваются два или более варианта лечения (технологии), идентичных по своей эффективности, но различных по стоимости. Методика расчета минимизации затрат производится на основе следующих показателей:

- Структура финансирования здравоохранения по источникам (бюджетные средства, ОМС, внебюджетные источники и т.д.);
- Структура финансирования по видам медицинской помощи (стационарная, амбулаторная и т.д.);
- Степень износа оборудования и основных фондов здравоохранения;
- Объем медицинской помощи по видам предоставляемой населению медицинской помощи.

На национальном уровне данный метод практически не применяется, ввиду невозможности согласования на общественном уровне всей совокупности медико-экономических параметров. На региональном уровне метод минимизации затрат целесообразно и возможно применить в целях разработки различного рода отраслевых программ, например программ по внедрению стационарозамещающих технологий вместо дорогостоящего лечения пациента непосредственно в ЛПУ. При этом, необходимо иметь в виду, что сокращение количества коек и перераспределение ресурсов в пользу амбулаторного лечения не должно привести к снижению показателей здоровья населения по сравнению с нормативными показателями.

### 3. Затраты-полезность (cost-utility analysis (CUA))

Данный метод представляет собой разновидность анализа «затраты-эффективность», в ходе которого результаты оцениваются с точки зрения «полезности» для отдельных людей или общества в целом. Данный метод применяется в том случае, если оценить эффективность невозможно в денежном эквиваленте. Расчет коэффициента по методу «затраты-полезность» аналогичен формуле, представленной в методе анализа «затраты-эффективность», с той лишь разницей, что вместо эффективности используется показатель полезности (утилитарности).

Для расчета коэффициента полезности чаще всего используют показатель QALY (Quality-Adjusted Life Years). Показатель QALY отражает годы жизни с учетом её качества. Он стал особенно популярен в 70-х гг. XX в. для оценки потерь населения в связи с ухудшением их физического и социального статусов. Коэффициент QALY рассчитывается путем умножения ожидаемого числа выигранных лет на коэффициент полезности в интервале от 0,0 до 1,0, отражающем качество жизни на данном отрезке времени.

Несмотря на универсальность данного подхода и его популярность в международной практике расчета показателей эффективности систем здравоохранения, основным недостатком метода «затраты-полезность» является неточность измерений коэффициентов полезности, что существенно ограничивает область применения данного анализа.

### 4. Затраты – выгода (cost-benefit analysis)

В отличие от предыдущих видов клинико-экономического анализа, метод «затраты-выгода» проводит оценку издержек и эффективности (выгоды, пользы) в исключительно денежном выражении. Являясь наиболее простым вариантом экономической оценки, данная методика наиболее актуальна в ходе сопоставления затрат и выгод на макроуровне. Яркий тому пример – организация профилактических программ, в рамках которых расходы на проведение вакцинации приводят к экономии последующих затрат на лечение инфекционных заболеваний.

Среди **вспомогательных** методов оценки эффективности здравоохранения стоит отметить следующие:

#### 1. Стоимость болезни (cost of illness (COI))

Метод, предполагающий расчет всех затрат, возникающих как на определенном этапе проведения лечения, так и на всех этапах оказания медицинской помощи в целом. Расчет стоимости болезни используется главным образом для разработки системы стандартов по диагностически-связанным группам

2. **АВС-анализ** – метод ранжирования отдельных медицинских технологий по доле затрат на каждую из них в общей структуре расходов – от наиболее затратных к наименее затратным с выделением 3 групп.

- группа А – технологии, затраты на которые составляют 80% совокупных расходов;
- группа В – технологии, затраты на которые составляют 15% совокупных расходов;
- группа С – технологии, затраты на которые составляют 5% совокупных расходов.

Результаты проведения ABC-анализа являются основанием для разработки программ корректирующих мер по улучшению качества медицинского обслуживания, внедрению программ повышения квалификации медицинских работников с выделением приоритетных групп заболеваний. ABC-анализ, как правило, дополняется проведением частотного анализа, благодаря чему можно определить на какие виды услуг уходит основная доля расходов – часто употребляемые и дешевые, или наоборот – редкие, но дорогие.

**3. Эффективность ABC-анализа можно повысить путем его сочетания с VEN-анализом.** VEN-анализ дает возможность оценить рациональность затрат на медицинские технологии. Для этого все проводимые технологии лечения делят на три категории: V- жизненно-важные (англ. vital), E – необходимые (англ. essential), N (англ. non-essential, неважные).

Метод ABC/VEN-анализа и результаты его проведения в масштабах страны позволяют получить ясную картину по вопросу эффективности реализации государственных программ. Определяя спектр наиболее затратных (категория А в ABC-анализе) медицинских технологий, но не являющимися эффективными (категория N в VEN-анализе), станет возможным выделить научно подкрепленные рекомендации по их использованию или неиспользованию во врачебной практике.

Согласно приказу Минздрава России от 22.10.2003 № 494, обязанностью врачей – клинических фармакологов является регулярное проведение ABC- и VEN-анализов потребления лекарственных средств<sup>6</sup>. Тем не менее, до сих пор нельзя утверждать, что данные методы стали инструментом управления, используемыми в повседневной врачебной практике, хотя они просты и чрезвычайно полезны для понимания ситуации с расходованием средств.

**4. Моделирование** представляет собой метод изучения процессов или явлений, основанный на внедрении формализованной модели для оценки и расчета динамик использования медицинских технологий. Как правило, различают компьютерное, математическое, аналитическое, статистическое, имитационное и другие виды моделирования.

По форме представления (дизайну), наиболее часто встречающиеся в КЭА модели можно разделить на **модель Маркова** и **«дерево решений»**.

Дерево решений – диаграмма, позволяющая проиллюстрировать все возможные исходы применительно к конкретной ситуации. Данная модель обычно используется для описания процесса лечения острого заболевания. Использование данной модели подразумевает наличие нескольких альтернатив с различной вероятностью исходов. Модель Маркова позволяет описать несколько дискретных состояний и переходы между ними с течением определенного времени. Марковские модели, как правило, чаще применяются в фармакоэкономике ввиду их более гибкой, чем у «дерева решений», структуры.

---

<sup>6</sup> Правовая Россия. Интернет библиотека LawRu.Info. Приказ Минздрава РФ от 22.10.2003 № 494 О совершенствовании деятельности врачей клинических фармакологов.  
– <http://lawru.info/legal2/se14/pravo14864/index.htm> (04.11.2011)

Моделирование при проведении фармакоэкономических исследований является эффективным в тех случаях, когда клинические данные недостаточны для осуществления полноценного сравнительного анализа.

**5. Дисконтирование** представляет собой введение поправочного коэффициента при расчете затрат с учетом влияния временного фактора. Расходы, которые необходимо произвести сегодня, являются более важными, чем те, что планируются в перспективе; равно как и выгода, приобретенная сегодня, важнее той, что ожидается в будущем.

**6. Анализ чувствительности** представляет собой метод оценки влияния различных параметров (изменения частоты побочных эффектов лечения, колебание цен на медикаменты, т.д.) на конечный результат конкретного медицинского процесса (выздоровление/ухудшение состояния пациента).

Выбор в пользу того или иного метода проведения КЭА зависит от ряда факторов, а именно – от цели исследования, доступности данных и рассматриваемого медицинского случая (заболевания). Тем не менее, наиболее важным, особенно в условиях российской действительности, является не столько выполнение клинико-экономических исследований, сколько внедрение в медицинскую деятельность идеологии КЭА, т.е. осознания всеми членами медицинского сообщества и управленческого звена системы здравоохранения важности данного анализа. Более того, принимая решение о приобретении оборудования, закупках лекарств и расходных материалов, руководителям следует комплексно оценивать ожидаемые затраты и результаты, не ориентируясь лишь на экономию средств и не считая, что все новые технологии априори лучше, чем старые и непременно принесут дополнительную пользу.

Рациональное сочетание различных видов клинико-экономического анализа позволит существенно повысить эффективность медицинской деятельности на всех уровнях организации здравоохранения. Так, метод «затраты-выгода», как правило, стоит проводить совместно с анализом «затраты-полезность», что в итоге даст возможность получить более точную информацию о результате и правильности выбранной альтернативы лечения. Метод «затраты-эффективность» должен сочетаться с анализом минимизации затрат, что позволит определить наиболее результативные варианты лечения при оптимальной структуре их финансирования.

**Применение клинико-экономического анализа в системе здравоохранения России.** Оценивая опыт использования клинико-экономического анализа в системе российского здравоохранения, стоит отметить ее крайнюю разрозненность и противоречивость. Тем не менее, нельзя утверждать, что в системе отечественного здравоохранения экономическая оценка медицинских технологий отсутствовала в принципе. В конце 70-х – 80-х гг. XX в. в советской медицинской литературе появились работы, в которых проводилась оценка социальной и экономической эффективности государственных программ оказания медицинской помощи. в то же время, само понятие эффективность изучалось изолированно с трех позиций: медицинской, экономической или социальной эффективности, что, безусловно, лишало руководителей лечебных учреждений с одной стороны, и медицинских работников – с другой, понимания комплексности данного вопроса.

За последние 20 лет экономические проблемы в системе отечественного здравоохранения накопились до предела. На протяжении многих лет наблюдается резкий дисбаланс между ценами на медицинские услуги; данные отечественной статистики свидетельствуют о крайне низкой эффективности использования коечного фонда, медицинского оборудования, качестве распределения рабочего времени

специалистов<sup>7</sup>. В конце 90-х гг. в отечественной литературе отмечается рост заинтересованности в поиске и разработке экономических механизмов регулирования вопросов здравоохранения. Стало ясно, что рост финансирования медицинского обслуживания и рост уровня его качества не находятся в прямой зависимости друг от друга. Тем самым, назрела необходимость и целесообразность внедрения комплексной медико-экономической оценки эффективности, что, в конечном счете, привело к созданию отраслевого стандарта «Клинико-экономические исследования. Общие положения» (ОСТ 91500.14.0001–2002). В соответствии с параграфом 2, данный отраслевой стандарт представляет собой свод правил по проведению и использованию результатов клинико-экономических исследований, а также документального оформления и представления их результатов<sup>8</sup>. Соблюдая указанные в ОСТ правила, врач или медицинское учреждение в целом обеспечивает гарантии достоверности результатов клинико-экономических исследований, их безопасности, охраны прав и здоровья испытуемых и исследователей.

Кроме того, спецификой данного стандарта является его «открытость» и возможность корректировки в условиях быстро меняющихся и совершенствующихся методов оценки экономической эффективности.

Помимо вышеупомянутого отраслевого стандарта, весьма важную роль в формировании нормативно-правовой базы проведения КЭА в РФ выполняют:

- ОСТ «Протоколы ведения больных. Общие требования» (Приказ № 303 от 03.08.1999), и
- ОСТ «Порядок организации работы по формированию «Правил формирования Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств» (ПЖНВЛС) (Приказ МЗ РФ №321 от 21.10.2002 г.).

Говоря непосредственно о практике внедрения методологии и инструментов КЭА в российскую медицину, основным, как правило, является анализ «затраты – эффективность», сочетающий анализ стоимости и эффективности. Остальные же методы клинико-экономического исследования являются его частными случаями.

На сегодняшний день клинико-экономический анализ в медицинских учреждениях РФ осуществляется состоит из следующих этапов:

Табл. № 1. Этапы проведения КЭА в России

<b>I</b>	<b>Разработка плана и программы проведения клинико-экономического анализа</b>  • формулировка целей и задач анализа • выбор альтернативного вмешательства для сравнения • выбор критериев оценки эффективности и безопасности исследуемых медицинских вмешательств
<b>II</b>	<b>Определение методологии проведения клинико-экономического исследования</b> Выбор основного метода КЭА анализа, определяемого целями исследования
<b>III</b>	<b>Оценка затрат</b> • Прямые затраты – прямые медицинские затраты – все издержки, понесенные системой

<sup>7</sup> Вялков А.И., Карпеев А.А., Кузин В.Ф. Проблемы и перспективы развития системы стандартизации в здравоохранении РФ // Пробл.станд.в здравооохр. 2000. № 2. С. 3–10.

<sup>8</sup> Приказ от 27 мая 2002 года N 163 Об утверждении отраслевого стандарта «Клинико-экономические исследования. Общие положения». – <http://docs.kodeks.ru/document/901823470> (29.10.2011).



	здравоохранения – прямые немедицинские затраты – накладные расходы • Непрямые косвенные (альтернативные) затраты (издержки упущенных возможностей) • Неосязаемые (нематериальные) затраты
IV	<b>Экономическая эффективность сравниваемых вмешательств</b>  Медицинская технология считается наиболее эффективной с точки зрения целесообразности её использования в том случае, если она:  • требует меньше затрат на её реализацию в сравнении с остальными альтернативами, но при этом не уступает им по показателям медицинской эффективности; • является более эффективной, но более дорогим и его дополнительные преимущества оправдывают дополнительные затраты; • является менее эффективной, но менее дорогим, при этом дополнительные преимущества конкурирующего вмешательства не оправдывают дополнительных затрат.

Несмотря на наличие и постоянный рост заинтересованности врачей в развитии и активном внедрении методов КЭА в медицинскую практику, клинико-экономические исследования пока что не стали составной частью управления качеством медицинской помощи, что зачастую объясняется руководителями здравоохранения недостатком финансирования. Описывая современный этап развития клинико-экономических исследований в российском здравоохранении, профессор П.А. Воробьев отметил, что на смену лозунг «делать вещи правильно» пришел другой – «делать правильные вещи». В большинстве экономически развитых странах клинико-экономический анализ, используемый в совокупности с концепцией доказательной медицины, является основой принятия решений об использовании медицинских технологий в практике и соответствующего закрепления данных решений в национальных стандартах.

**Зарубежный опыт внедрения клинико-экономического анализа (на примере Франции).** Основной задачей проведения клинико-экономического анализа является формирование объективной оценки процесса и результатов оказания медицинской помощи, что, по сути, является ключом к управлению качества медицинского обслуживания. До недавнего времени единственным методом оценки адекватности выбора той или иной технологии являлось экспертное мнение. Однако неизбежность влияния «человеческого фактора» лишают экспертный метод объективности. Ввиду чего, многие западные страны пришли к необходимости рационализации методик интегральной оценки эффективности на основе сбалансированного сочетания методов доказательной медицины и клинико-экономического анализа. В этой связи, стоит отметить положительный опыт ряда зарубежных стран, внедривших так называемые **национальные руководства** по экономической оценке медицинских технологий. Цель и задачи разработки национальных руководств зависят от специфики функционирования здравоохранения в той или иной стране. В большинстве случаев они регулируют сферу лекарственного обеспечения в стране, реже – служат основой для обоснования рекомендаций по использованию ряда медицинских технологий в системе здравоохранения или клинических руководств по лечению пациентов.

Заслуживает внимания опыт использования экономических методов регулирования в системе управления качеством медицинской помощи во Франции. В своем нынешнем виде французская модель организации здравоохранения сформировалась в конце Второй мировой войны. Изначально формируемая на основе бюджетно-страховых принципов, в процессе создания национальной системы охраны здоровья была сформирована система фондов социального обеспечения, что заложило прочную основу для реализации основ социальной демократии. Ключевым фактором, обеспечивающим эффективность французской модели здравоохранения, является **высокий уровень качества** медицинской помощи, главным индикатором которого является высокая степень удовлетворенности населения Франции системой организации и функционирования здравоохранения.

По данным Исследовательского центра «Евробарометр», 98% населения Франции удовлетворены качеством медицинских услуг в своей стране и не собираются пользоваться медицинскими услугами в какой-либо другой стране. В целом по странам ЕС-15 и ЕС-27 данный показатель составляет 89% и 83%<sup>9</sup>.

Весьма успешный опыт использования **инструментов клинко-экономического анализа** демонстрирует **французская модель организации КМП**. В 2008 г. Верховная Комиссия по делам здравоохранения Франции запустила программу «Проект 2009–2011» («Le Projet HAS 2009–2011»), важнейшей задачей которого стало совершенствование медико-экономического анализа результатов деятельности врачей и ЛПУ. Согласно принятому в 2008 г. закону о финансировании социального страхования, Верховная Комиссия по делам здравоохранения была наделена функцией проведения медико-экономической оценки качества медицинской помощи с точки зрения ее экономической эффективности, и приоритизации диагностических и терапевтических услуг, оказываемых в том или ином случае. В рамках деятельности Верховной Комиссии данными вопросами занимаются 2 структуры – Комиссия по экономической оценке здравоохранения (Commission évaluation économique et de santé publique (CEESP)) и Служба по проведению медико-экономической оценки здравоохранения (Le service Evaluation médico-économique et santé publique (SEMESP)).

**Медико-экономический анализ КМП во Франции строится на 3 принципах:**

1. Независимость и беспристрастность
2. Точность и достоверность научных данных
3. Междисциплинарный подход, трансверсальность

Миссией Комиссии по экономической оценке здравоохранения является организация и проведение медико-экономического анализа, который в свою очередь подразделяется на 3 этапа:

1. **Компаративный анализ** двух или более видов медицинской помощи (или лекарственных препаратов) для конкретного заболевания, с целью выбора более эффективного и менее дорогостоящего вида лечения. На данном этапе собственно экономическая оценка не ведется, тем не менее, полученные результаты позволяют определить объем бюджетных средств в пользу того или иного вида медицинской услуги.

2. **Анализ по методу «затраты-полезность»**, сравнение показателей экономической эффективности и степени риска (переносимость лечения пациентом, отсутствие осложнений и т.д.).

Так в ходе организации КЭА эффективности использования коронарных стентов с применением и без применения лекарственного покрытия, было установлено, что терапевтическая польза внедрения первого вида существенно меньше по сравнению с

<sup>9</sup> Flash Eurobarometer. № 210. Cross-border health services in the EU. Analytical report. June 2007.

использованием стентов без покрытия. В ходе проведения анализа было установлено, что стенты с лекарственным покрытием целесообразно использовать в лечении лишь тех видов заболеваний, где их клинические преимущества более объективны.

**3. Проведение полномасштабного клинико-экономического исследования**, в ходе которого учитывается медицинская эффективность и затраты на проведение конкретного вида лечения, включая организационные и этические аспекты деятельности. Результаты итогового анализа фиксируются в методических рекомендациях по организации медицинской практики (например, рекомендации по стратегии выявления и борьбы с ВИЧ-заболеваниями) или в проведении повторной оценки видов медикаментозного лечения.

Организация медико-экономического анализа Комиссии создается при содействии и в сотрудничестве с многочисленными службами, в частности – со Службой по проведению медико-экономической оценки здравоохранения Верховной Комиссии. Ее основными задачами являются проведение непосредственно финансового анализа и оценки стоимостной эффективности медицинской деятельности, в том числе:

- Оценка экономических последствий конкретного медицинского случая или медицинской услуги (анализ по методу «стоимость болезни», расходы на проведение лечения, бюджетные расходы и т.д.)
- Принятие решения в пользу того или иного вида лечения (лекарственного препарата, вида вмешательства) с учетом его экономической целесообразности (анализ «затраты-результативность», анализ по методу минимизации затрат)

Согласно рекомендациям Верховной комиссии, озвученным в ходе проведения Конференции региональных департаментов в декабре 2010 г., выбор в пользу того или иного метода экономической оценки зависит от конкретной сферы рассмотрения того или иного вопроса:

- Метод минимизации затрат целесообразно проводить в том случае, где предварительный анализ выявил идентичность результатов двух или более сравниваемых видов лечения.
- Метод затраты-полезность стоит применять в случае, когда рассматривается аспект качества жизни, связанный со здоровьем, становится важнейшим критерием в определении стратегии развития здравоохранения.
- Метод затраты-эффективность применим во всех остальных случаях. Как правило, данный метод дополняется анализом по методу «затраты-полезность»<sup>10</sup>.

Клинико-экономический анализ во Франции является крайне важным и рассматривается как основополагающий механизм распределения ресурсов с целью максимизации полезности и минимизации риска предоставляемых населению услуг. КЭА распространяется на все сферы медицинской деятельности (диагностические процедуры, программы профилактики, методы лечения онкологических заболеваний, и т.д.), результаты которого в дальнейшем учитываются при разработке и издании руководств с клиническими рекомендациями. Тем не менее, принятие окончательного решения в пользу того или иного вида лечения или технологии, осуществляется в совокупности с дополнительными результатами, полученными в ходе систематического анализа эффективности и безопасности определенного набора медицинских услуг, а также анализа комплементарных факторов (социальных, культурных и т.д.).

В контексте современного этапа реформирования здравоохранения в РФ, актуальность внедрения методов социально-экономической оценки является крайне высокой. По мнению ведущих отечественных и зарубежных специалистов, клинико-

<sup>10</sup> Les Rencontres HAS 2010. 2 & 3 décembre 2010. Cité des Sciences et de l'Industrie, Paris-La Villette. – [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_978353/rencontres-has-2010-2-3-decembre](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_978353/rencontres-has-2010-2-3-decembre) (08.08.2011).

экономический анализ является основополагающим элементом разработки стандартов и системы индикаторов качества медицинских услуг. Как показала отечественная и международная практика, назначение лекарств без учета требований стандартов зачастую приводит к вымыванию средств из системы и нерациональному финансированию<sup>11</sup>.

Увы, но в нынешних условиях даже самые убедительные результаты проведенной экономической оценки могут быть в конечном счете не учтены. В условиях постоянно растущих социальных, политических и финансовых ограничений выбор может быть сделан в пользу далеко не самого экономически выгодного и эффективного варианта, что неминуемо вызовет регресс в процессе реформирования системы качества здравоохранения.

В ходе разработки поэтапной схемы перехода на новые принципы функционирования системы качества медицинской помощи, руководителям органов здравоохранения необходимо опираться на опыт зарубежных стран (и Франции в том числе) в формировании единой национальной политики по управлению качеством медицинской помощи. Сформировав единый орган, отвечающий за управление КМП и включив клиничко-экономический анализ обязательным условием аккредитации медицинских учреждений, станет возможным решить следующие задачи:

- установить методологические стандарты проведения клиничко-экономических исследований для обеспечения высокого уровня их качества
- сформировать обязательные требования представления результатов КЭА для государственных структур, принимающих решения по контролю и регулированию цен, а также возмещению расходов на оказание медицинской помощи;

По мнению профессора Стэндфордского университета Дэвида М. Эдди, эффективная политика в системе здравоохранения должна основываться на признании того, что необходимо перейти от принципа «делать больному **всё**, что может быть ему полезным», к принципу «делать то, что **более** полезно для него лично и группы пациентов и не наносит ущерба другим»<sup>12</sup>.

Для решения проблем качества отечественного здравоохранения требуются систематические усилия, а также регулярный контроль за выполнением поставленных целей. Необходимо определить баланс между качеством и экономичность. Медицинской помощи, что возможно достичь на основе междисциплинарного подхода и межпрофессионального согласования конкретных целей, задач и мер по их реализации.

#### Список литературы:

1. Авксентьева М.В., Сура М.В. Клиничко-экономический анализ деятельности медицинской организации.  
– [http://www.panor.ru/journals/glavvrach/archive/detail\\_article.php?ELEMENT\\_ID=35799&JOURNAL\\_ID=35808](http://www.panor.ru/journals/glavvrach/archive/detail_article.php?ELEMENT_ID=35799&JOURNAL_ID=35808) (30.10.2011).
2. Авксентьева М.В., Воробьев П.А., Сура М.В., Юрьев А.С. Клиничко – экономический анализ. М.: Ньюдиамед, 2004.
3. Вялков А.И. Управление и экономика здравоохранения. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

<sup>11</sup> Управление и экономика здравоохранения / Под ред. акад. РАМН А.И. Вялкова. ГЭОТАР-МЕДИА, 2009. С. 527.

<sup>12</sup> Eddy D. The Clinical Desision Making: From Theory to Practice. JAMA. Vol. 263–268, 1990–1992. P. 120.

4. *Карташов В.Т.* Качество медицинской помощи: ожидания и действительность // *Здравоохранение*. 2008. № 5.  
– <http://www.zdrav.ru/library/publications/detail.php?ID=14390> (04.11.2011).
5. Национальный стандарт РФ ГОСТ Р 52142–2003 «Социальное обслуживание населения. Качество социальных услуг. Общие положения» // *КонсультантПлюс* – справочная правовая система.
6. ОСТ «Порядок организации работы по формированию «Правила формирования Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств» (ПЖНВЛС) (Приказ МЗ РФ №321 от 21.10.2002 г.) // *КонсультантПлюс* – справочная правовая система.
7. Отраслевой стандарт «Клинико-экономические исследования. Общие положения». ОСТ 91500.14.0001–2002. Правовая Россия. Интернет-библиотека LawRu.Info. Приказ Минздрава РФ от 22.10.2003 № 494  
О совершенствовании деятельности врачей клинических фармакологов.  
– <http://lawru.info/legal2/se14/pravo14864/index.htm> (04.11.2011)
8. Приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации О введении в действие отраслевого стандарта «Протоколы ведения больных. Общие требования» // *КонсультантПлюс* – справочная правовая система.
9. *Шамигурина Н.Г.* Показатели социально-экономической эффективности в здравоохранении. М: МЦФЭР, 2005.
10. Экономика здравоохранения: учебное пособие / Под науч. ред. М.Г. Колосницыной, И.М. Шеймана, С.В. Шишкина. М.: Изд. дом ГУ ВШЭ, 2008.
11. *Комаров Ю.М.* Медицинское страхование или налоги: опыт зарубежного здравоохранения // *Управление здравоохранением*, 2006. № 3 (19). С. 7–33.
12. *Fantino B., Ropert G.* Le système de santé en France. Diagnostic et propositions. P.: Hors Collection 2008.
13. *Chevreur K., Durand-Zaleski I., Bahrami S., Hernández-Quevedo C.* Health care systems in transition: France. 2010. Vol. 12. №. 6. Copenhagen. WHO regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. 2.