

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕЖДУНАРОДНЫХ ПОДХОДОВ



ДИРЕКТОР
ФГБУ «ЦНИИОИЗ»
МИНЗДРАВА РОССИИ
Владимир Иванович
Стародубов

Главной целью государственной политики в сфере охраны здоровья граждан является удовлетворение потребностей населения в качественной и доступной медицинской помощи.

Достижение данной цели должно сопровождаться соответствующим ресурсным обеспечением, в частности финансами, и прежде всего из государственных источников.

В условиях ограниченного государственного финансирования необходимо повышать эффективность расходов средств за счет сокращения неэффективных затрат. При этом всегда возникают вопросы: какие расходы и на основании чего следует считать эффективными, а какие нет. Результаты решений можно оценить только с помощью показателей полноценного мониторинга. Анализ информации о расходах и направлениях финансирования здравоохранения является ключевым способом найти правильные ответы.

Международными экспертами признается тот факт, что эффективность здравоохранения весьма легко определяется теоретически, но на практике весьма трудно понять, что в этой сфере эффективно и насколько. В экономике эффективность определяется соотношением затрат одного или нескольких видов ресурсов и полученных результатов. На основе этого стандартного определения эффективность является эквивалентом понятия «производительность». Производительность, в свою очередь, оце-

нивается по выполнению наибольшего объема работы с наименьшими затратами.

Зарубежный подход к оценке эффективности системы здравоохранения основан на трех уровнях:

1. Общий уровень (макроуровень) системы здравоохранения с показателями ресурсного обеспечения здравоохранения и состояния здоровья населения.
2. Уровень поставщиков медицинской помощи/услуг в соответствии с видом оказываемой помощи/услуги (уровень организаций, предоставляющих первичную медико-санитарную помощь или услуги в условиях стационаров, уровень аптечных сетей и т.д.).
3. Уровень конкретного заболевания (профилактика онкозаболеваний, реабилитация пациентов после операции на сердце, лечение больных сахарным диабетом и т.д.).

Каждый из указанных уровней оценки эффективности имеет свои достоинства и недостатки в методике измерений и требованиях к получаемым в итоге данным.

Так, основным достоинством использования показателей макроуровня для измерения эффективности системы здравоохранения практически во всех зарубежных странах является доступность данных для ознакомления. Среди показателей оценки ресурсного обеспечения можно выделить долю расходов на здравоохранение в объеме внутреннего валового продукта, общие расходы на здравоохранение в расчете на душу населения, общее количество врачей и среднего медицинского персонала. Из показателей состояния здоровья населения – ожидаемую продолжительность жизни и ожидаемую продолжительность здоровой жизни.

К недостаткам использования показателей макроуровня можно отнести тот факт, что их изменение во многом определяется социально-экономическими, демографическими, экологическими и другими причинами, находящимися за пределами влияния системы здравоохранения. К таким причинам относятся образ жизни населения (потребление алкоголя и табака,

1



ДИНАМИКА ПЛАТНЫХ УСЛУГ НАСЕЛЕНИЮ
В ОБЩЕМ ОБЪЕМЕ СРЕДСТВ ЗА 2012–2014 ГОДЫ

ожирение, недостаточность физической активности), факторы внешней среды, уровень доходов людей и др. Регулярный учет указанных факторов значительно затруднен отсутствием системы контроля над ними и, соответственно, невозможностью оценки степени их влияния на показатели макроуровня.

Другим недостатком является низкая информативная ценность полученных данных для лиц, принимающих решения и формирующих политику в сфере здравоохранения. Всё это вызывает необходимость поиска дополнительных показателей, на изменение которых руководство системы здравоохранения могло бы оказать влияние. Одним из таковых является показатель предотвратимой смертности. В Нидерландах, Великобритании и Канаде в 2014 году именно этот показатель позволил обосновать дополнительные объемы государственного финансирования системы здравоохранения.

В данном исследовании предпринята попытка оценить информативность показателей макроуровня применительно к оценке достаточности финансовых ресурсов, выделяемых на здравоохранение в субъектах Российской Федерации.

Одним из показателей, характеризующих уровень или статус системы здравоохранения, является динамика общих расходов на эту сферу.

Международными экспертами к общим расходам принято относить затраты на мероприятия, целью которых являются:

- влияние на здоровье и профилактику заболеваний;
- снижение заболеваемости и преждевременной смертности;
- помощь лицам, нуждающимся в долговременном уходе;
- помощь лицам с нарушениями здоровья, инвалидам и нетрудоспособным;
- оказание паллиативной помощи;
- управление сферой здравоохранения, программы в области здравоохранения.

Показатель доли государственных расходов на здравоохранение от объема внутреннего валового продукта является одним из значимых в статистике, так как отражает заботу власти страны о здоровье граждан. По

данным Федерального казначейства за 2012–2014 годы, доля общих государственных расходов на здравоохранение во внутреннем валовом продукте страны составила порядка 4,6%. Расходы на реализацию программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в объеме государственного финансирования составляют порядка 65%, что относительно ВВП составляет 3,6%.

Доля платных услуг населению в общем объеме средств за 2012–2014 годы повышалась в среднем на 1% в год и к 2014 году составила 12% (рис. 1).

На сегодняшний день почти 84% всех средств территориальных программ обязательного медицинского страхования составляют субвенции Федерального фонда обязательного медицинского страхования. Что же означает этот факт для здравоохранения конкретных регионов, для граждан?

Как известно, с 2013 года коренным образом изменилась идеология функционирования системы обязательного медицинского страхования в результате формирования централизованной модели распределения финансов в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования. Такой подход позволил снять высокую дифференциацию (в десятки раз между субъектами Федерации еще в 2012 году!) размеров подушевых нормативов. Следование принципу планирования объемов и видов медицинской помощи в соответствии с располагаемыми финансовыми ресурсами позволило значительно снизить, а в большинстве субъектов полностью ликвидировать дефицит территориальных программ обязательного медицинского страхования.

Поэтому порядка 60% субъектов сегодня финансируются в рамках средств, выделяемых на базовую программу обязательного медицинского страхования, то есть без привлечения дополнительных ресурсов бюджетов субъектов. Возникает вопрос, достаточно ли этих средств для намеченных целей государства по охране здоровья граждан.

Одним из основных индикаторов качества системы здравоохранения, по мнению экспертов Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ) и Организации экономического сотрудничества и развития (да-



Таблица 1

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО ГРУППАМ

Номер кластера	Перечень субъектов
1	Алтайский край, Амурская область, Астраханская область, Белгородская область, Брянская область, Воронежская область, Еврейская автономная область, Забайкальский край, Ивановская область, Иркутская область, Кабардино-Балкарская Республика, Карачаево-Черкесская Республика, Кемеровская область, Кировская область, Костромская область, Красноярский край, Курганская область, Курская область, Липецкая область, Нижегородская область, Оренбургская область, Орловская область, Пензенская область, Республика Адыгея, Республика Алтай, Республика Бурятия, Республика Калмыкия, Республика Марий Эл, Республика Мордовия, Республика Северная Осетия – Алания, Республика Тыва, Республика Хакасия, Рязанская область, Саратовская область, Смоленская область, Тверская область, Удмуртская Республика, Ульяновская область, Чувашская Республика, Ярославская область
2	Архангельская область, Москва, Санкт-Петербург, Камчатский край, Магаданская область, Мурманская область, Ненецкий автономный округ, Новосибирская область, Омская область, Пермский край, Республика Башкортостан, Республика Карелия, Республика Коми, Республика Саха (Якутия), Республика Татарстан, Свердловская область, Томская область, Тюменская область, Хабаровский край, Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, Чукотский автономный округ, Ямало-Ненецкий автономный округ
3	Владимирская область, Волгоградская область, Вологодская область, Калининградская область, Калужская область, Краснодарский край, Ленинградская область, Московская область, Новгородская область, Приморский край, Псковская область, Ростовская область, Самарская область, Тамбовская область, Тульская область, Челябинская область

Таблица 2

**ЗАВИСИМОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОЖИДАЕМОЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ
И ОБЩИХ РАСХОДОВ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ
НА ДУШУ НАСЕЛЕНИЯ В РАЗРЕЗЕ ГРУПП СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ПО ДАННЫМ РОССТАТА ЗА 2013 ГОД)**

Номер кластера субъектов	Значение коэффициента корреляции Пирсона	Число субъектов
1	-0,76	40
2	-0,55	22
3	0,24	17

лее – ОЭСР), является показатель ожидаемой (при рождении) продолжительности жизни.

Как считают эксперты, показатель ожидаемой продолжительности жизни имеет прямую корреляцию с показателем общих расходов на здравоохранение на душу населения и растет по мере увеличения общих расходов на здравоохранение на душу населения. Однако качественный показатель имеет предел насыщения. По данным исследователей ВОЗ, при показателе общих расходов на здравоохранение 100–500 долларов на душу населения средняя (ожидаемая) продолжительность жизни состав-

ляет 47–67 лет. При увеличении расходов до 1 тыс. долларов средняя (ожидаемая) продолжительность жизни увеличивается до 70–75 лет, а в промежутке от 1 тыс. до 3 тыс. долларов средняя (ожидаемая) продолжительность жизни увеличивается до 75–80 лет. При дальнейшем увеличении общих расходов на здравоохранение средняя (ожидаемая) продолжительность жизни растет еще незначительнее. При этом исследователями отмечается, что в ряде стран с высоким уровнем ожидаемой продолжительности жизни отмечается низкий уровень расходов на здравоохранение на душу населения.



Для подтверждения указанной связи авторами статьи исследованы показатели ожидаемой продолжительности жизни и общих расходов на здравоохранение на душу населения на уровне субъектов Российской Федерации.

Анализ показателей общих расходов на здравоохранение в расчете на душу населения в 2013 году в среднем по субъектам Российской Федерации выявил существенную его дифференциацию – до 8 раз. Так, в Чукотском автономном округе отмечен максимум показателя в 86 тыс. рублей на человека, минимум отмечен в Республике Дагестан – 10 тыс. рублей. Среднее значение составило порядка 20 тыс. рублей.

Исследование степени связи по совокупности данных всех субъектов Российской Федерации с использованием коэффициента корреляции Пирсона показало наличие низкой обратной связи ($r = -0,4$) между показателями общих расходов на здравоохранение в расчете на душу населения и ожидаемой продолжительности жизни.

Очевидно, что субъекты Российской Федерации имеют существенные различия по многим параметрам, что потребовало произвести дополнительную их кластеризацию в сходные группы для последующего независимого исследования. Группы субъектов (кластеры) формировались с учетом схожего поведения значений демографических (ОПЖ, смертность), медицинских (заболеваемость) и финансовых показателей (расходы на здравоохранение) (табл. 1).

После распределения субъектов на кластеры со схожими характеристиками была отмечена более выраженная связь между анализируемыми параметрами. Результаты исследования степени связи приведены в таблице 2.

Полученные данные, на наш взгляд, могут свидетельствовать о следующем. Во-первых, в субъектах существуют факторы, оказывающие значительно большее влияние на показатели ожидаемой продолжительности жизни, чем расходы на здравоохранение. Во-вторых, финансовые расходы находятся на уровне, который не может оказать существенного влияния на значение исследуемого качественного показателя.

Дополнительно исследовано поведение показателей общих расходов на здравоохранение на душу населения и предотвратимой смертности (в разрезе групп по уровням профилактики). Низкое значение коэффициента корреляции Пирсона (в интервале от $-0,3$ до $0,2$ в зависимости от группы предотвратимой смертности) свидетельствует о слабой связи между указанными параметрами.

В ходе исследования степени корреляции таких параметров, как доля внутреннего регионального продукта (показатель, соответствующий определению внутреннего валового продукта, но не включающий добавленную стоимость по нерыночным коллективным услугам – оборона, государственное управление и др.) и подушевых расходов на здравоохранение из государственных источников, была зафиксирована сильная корреляционная зависимость размера внутреннего регионального продукта (далее – ВРП) и расходов консолидированных бюджетов на здравоохранение ($0,98$).

Выявлено, что наибольшая доля расходов на здравоохранение чаще отмечается по субъектам, имеющим наименьшие показатели ВРП и расходов консолидированного бюджета на здравоохранение.

Анализ данных за 2013 год показал отсутствие значимой корреляции между размером общих подушевых расходов на здравоохранение и долей госрасходов на здравоохранение в ВРП ($0,09$). Не обнаружено и взаимосвязи подушевых государственных расходов субъектов Российской Федерации на здравоохранение (рублей на 1 человека) и числом умерших (на 1 тыс. человек).

Полученные данные свидетельствуют о весьма сильной разнородности субъектов Российской Федерации как по финансовому положению, так и по медицинскому, демографическому, экономическому характеристикам населения, плюс к тому об отсутствии прямого влияния размеров финансирования на изменение качественных показателей, характеризующих состояние системы здравоохранения в субъектах Федерации.

СТАТЬЯ ПОДГОТОВЛЕНА ПРИ УЧАСТИИ
СОТРУДНИКОВ ФГБУ «ЦНИИОИЗ» МИНЗДРАВА РОССИИ
ЗАВЕДУЮЩЕЙ ОТДЕЛЕНИЕМ ЭКОНОМИКИ И РЕСУРСНОГО
ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
О.В. Обуховой
ЗАМЕСТИТЕЛЯ ДИРЕКТОРА
Ф.Н. Кадырова