

Регион: экономика и социология, 2010, № 3, с. 201–218

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАСХОДОВ
НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ:
ОПЫТ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ**

М.Д. Дуганов

Департамент здравоохранения Вологодской области

А.А. Шабунова, К.Н. Калашников

Институт социально-экономического развития территорий РАН

Аннотация

Анализируются существующие подходы к оценке эффективности общественных расходов на здравоохранение. Показаны недостатки методик, основанных на оценке только ресурсной составляющей здравоохранения без учета социального эффекта. В качестве альтернативы предлагается методика оценки, основанная на объединенном анализе финансовых и демографических показателей, практика использования которой в Вологодской области имеет пятилетнюю историю. В статье представлены некоторые результаты экономического анализа функционирования системы здравоохранения, проведенного с помощью описываемого инструментария.

Ключевые слова: Вологодская область, здравоохранение, общественные расходы, эффективность, методы, оценка затрат

Abstract

The study analyzes present approaches applied to assess how effective the expenditures for public health care are. We show that the techniques based on

nothing but assessment of the resource components have some defects as they fail to allow for social effects. To overcome this shortage, we recommend the technique which is of 5-years practice in the Vologda Oblast, and which compounds the financial and demographic analysis. We present the results of our economic analysis made by applying such technique.

Keywords: Vologda Oblast, health care, public expenditures, efficiency, methods, cost estimation

Значение экономического анализа и оценки эффективности использования ресурсов в отечественном здравоохранении возрастает в условиях современных реформ, направленных на реструктуризацию и рационализацию медицинской помощи, а также в связи с возникшими кризисными явлениями в экономике, сопровождающимися ограничением финансовых возможностей государства. Однако попытки разработать и внедрить систему оценки эффективности затрат в практику российского здравоохранения до сих пор были чрезвычайно редкими, что во многом определялось и объективными причинами – дефицитом медицинской и экономической информации, низким уровнем информатизации здравоохранения, отсутствием соответствующих специалистов и консультативных органов. Наконец, стоит вспомнить, что еще в сравнительно недавнем прошлом использовать само понятие «эффективность» применительно к расходам в социальной сфере в России считалось не совсем уместным. В здравоохранении, долгое время рассматриваемом как отрасль «непроизводственной сферы», практически отсутствовали полноценные экономические отношения. И если вопросы планирования объемов ресурсного обеспечения медицинских учреждений в организации деятельности здравоохранения исследовались [1], то оценка результатов труда и формирования системы экономической мотивации медицинских работников, поиск альтернативных вариантов вложения ограниченного объема ресурсов, расчет эффективности использования средств не отражались в управленческих решениях (см., например, [2]). В дальнейшем, после утверждения закона об обязательном медицинском страховании (ОМС), когда значение экономических оценок, казалось бы, должно было возрасти, в выступлениях лиц, ответственных за принятие реше-

ний в здравоохранении, стали звучать заявления о принципиальной неприменимости методов экономического анализа в здравоохранении в условиях существующих финансовых ограничений¹.

Ситуация несколько изменилась в последние годы, когда были сделаны заметные шаги в сторону повышения рациональности затрат на нужды здравоохранения. В 2004 г. было принято постановление Правительства РФ «О мерах по повышению результативности бюджетных расходов», разработана программа «Повышение структурной эффективности системы здравоохранения Российской Федерации на 2004–2010 гг.». В 2007 г. Правительство России одобрило методику, по которой стала оцениваться эффективность деятельности органов исполнительной власти субъектов Федерации. Но в то время как на федеральном уровне к вопросам повышения эффективности расходов социальной сферы начали обращаться, местные органы власти и руководители лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) не проявляли к ним должного интереса, продолжая принимать решения относительно распределения имеющихся ресурсов, опираясь, как и прежде, на личный опыт и интуицию. Наиболее консервативные представители власти и науки до сих пор склонны принимать в штыки идеи, касающиеся рационализации расходов в здравоохранении, называя их не иначе, как попытками сэкономить на пациенте. Между тем поиск путей рентабельного вложения ресурсов не имеет ничего общего с принципами минимизации расходов в самой негативной интерпретации данного понятия, а напротив, есть проявление политической и экономической ответственности властей.

Уровень современных методов лечения и диагностики, а также нарастающие потребности населения в медицинских услугах, в том числе в связи с тенденцией его старения, делают реализацию гарантий «бесплатной медицины» непосильной для государственного бюджета. Именно в сбалансировании действий по обеспечению населения медицинской

¹ Авторы не отрицают необходимость увеличения финансирования здравоохранения. Здесь речь идет о том, что ограниченность ресурсов – исходная точка любой экономической деятельности, поэтому проблема построения эффективной системы распределения и освоения имеющихся средств всегда первична по отношению к вопросам расширения ее ресурсного обеспечения.

помощью и соблюдению принципов экономической целесообразности и состоит первоочередная задача лиц, ответственных за принятие решений в области охраны здоровья населения. Более того, как нам представляется, дефицит финансирования является скорее дополнительным стимулом для применения методов оценки целесообразности затрат на всех уровнях здравоохранения. Данные обстоятельства подчеркивают важность широкого внедрения механизмов экономического анализа в сфере здравоохранения, а также обуславливают необходимость сравнительной оценки существующих подходов с выбором наиболее приемлемых и отвечающих региональной специфике вариантов.

АНАЛИЗ ПОДХОДОВ К ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗАТРАТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Рассмотрим наиболее известные подходы к оценке эффективности затрат, принятые в экономике здравоохранения. Традиционные методы экономического анализа сводятся к расчету различных частных показателей технико-экономической эффективности использования ресурсов (показателей использования основных фондов, медицинского персонала, коечного фонда и проч.), причем преимущественно в масштабах отдельного ЛПУ. Они характеризуются простотой расчета, однако неприменимы для целей стратегического управления, поскольку затрагивают лишь отдельные аспекты экономической деятельности и, по большому счету, не являются инструментом для оценки функционирования ЛПУ и муниципального здравоохранения как целостных систем. В качестве выхода рекомендуется использование интегрированных показателей с присвоением весовых коэффициентов каждому из них, но субъективность, присущая данному подходу, ставит под сомнение достоверность полученных таким способом результатов. Весовые коэффициенты подбираются экспертным путем, а потому приоритетность того или иного показателя оказывается условной [3].

В качестве альтернативы отмеченным подходам в зарубежной и, в меньшей степени, в отечественной литературе предлагаются методы свертки данных (DEA) и метод анализа на основе стохастических границ производственных возможностей (SFA). Однако их при-

менение наиболее уместно при оценке деятельности отдельных ЛПУ и, помимо этого, сопряжено с рядом существенных трудностей, в частности сложность методологического аппарата обуславливает высокую вероятность получения недостоверных данных².

В 2007 г. Комиссией при Президенте Российской Федерации по вопросам совершенствования государственного управления и правосудия во исполнение Указа Президента РФ от 28 июня 2007 г. «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации» была утверждена официальная методика оценки эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов РФ [6]. Рекомендуемая схема экономической оценки направлена на решение следующих задач:

- выявление зон, требующих приоритетного внимания региональных и муниципальных властей;
- разработка перечня мероприятий по повышению результативности деятельности региональных органов исполнительной власти, в том числе по оптимизации неэффективных расходов;
- выявление внутренних ресурсов (финансовых, материально-технических, кадровых и др.) для увеличения заработной платы работников бюджетной сферы, повышения качества и объема предоставляемых населению услуг.

В методике определены пороговые значения основных ресурсных показателей здравоохранения, отклонение от которых расценивается как свидетельство нерационального подхода к организации функционирования отрасли и как составляющая неэффективности регионального здравоохранения в целом. Более того, степень отклонения от норматива рассчитывается арифметически и отражается в конкретном значении суммы так называемых «неэффективных» расходов.

Фактически суть предложенной системы оценки укладывается в рамки методологии экономического анализа минимизации затрат, когда экономический эффект рассчитывается в терминах расходов,

² В зарубежной литературе опубликованы примеры использования метода DEA для оценки эффективности систем здравоохранения на региональном и муниципальном уровнях. См., например, [4, 5].

которых удалось избежать в результате замены базового варианта программы новым, экономически более рациональным. Представляется, что данную методику следует применять, но как дополнительную, конкретизирующую ориентиры развития ресурсной базы здравоохранения, что является необходимым в рамках общегосударственной политики оптимизации медицинской помощи и повышения эффективности функционирования отрасли.

Однако ориентированность здравоохранения на потребности человека, неоспоримая общественная значимость отрасли требуют признания приоритетности социальной составляющей в оценке эффективности ее функционирования. С этой точки зрения все вышеперечисленные методы можно оценить как ресурсно-ориентированные, не имеющие социального подтекста в анализе, не позволяющие оценить работу служб по охране и укреплению общественного здоровья в терминах достижения социального эффекта. В идеале же для целей стратегического управления региональным и муниципальным здравоохранением необходим такой подход, который сочетал бы в себе оценку обеих составляющих желаемого результата: экономической и социальной.

В Вологодской области с 2003 г. проводится оценка эффективности здравоохранения на региональном и муниципальном уровнях, которая базируется на анализе расходов на нужды отрасли в свете ее социальной роли.

МЕТОДОЛОГИЯ ОЦЕНКИ

Суть предлагаемой методики заключается в сопоставлении совокупных затрат бюджета и внебюджетных государственных фондов на финансирование системы здравоохранения с масштабами социальных потерь общества от болезней. Алгоритм оценки включает три последовательных этапа:

1) анализ затрат по муниципальным образованиям и классам МКБ-10³;

³ Классы причин смерти, принятые в Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (1989 г.).

2) анализ социальных потерь по муниципальным образованиям и классам МКБ-10;

3) собственно экономический анализ – через сопоставление затрат и социальных потерь.

Рассмотрим содержание каждого этапа.

1. Для оценки затрат используются показатели расходов на здравоохранение, объединяющие бюджетный и страховой источники финансирования, конкретизируемые и дифференцируемые по территориям, классам болезней и диагностическим единицам с помощью специального пакета компьютерных программ.

2. В качестве оценочного критерия результативности в рамках экономического анализа функционирования системы здравоохранения принят уровень социальных потерь вследствие преждевременной смертности населения от болезней. Последний, как представляется, точно отражает степень развития системы охраны здоровья населения, поскольку одной из ее первоочередных задач выступает именно предотвращение смертности населения в тех возрастах, в которых она является неестественной. Уровень преждевременной смертности традиционно выражается с помощью показателя «потерянные годы потенциальной жизни» (ППГЖ), рассчитываемого по следующей формуле:

$$\text{ППГЖ} = \sum_{x=0}^{x=L} d_x (L - x),$$

где d_x – число случаев смерти в возрасте x в рамках данного класса заболеваний или муниципального образования; L – базовое значение продолжительности жизни: возраст, ранее достижения которого все смерти считаются преждевременными⁴.

3. Сопоставление расходов и социальных потерь сводится к построению системы координат, состоящей из двух осей: «потери»

⁴ Специалистами Всемирной организации здравоохранения в рамках движения «Здоровье для всех к 2000 г.» для расчетов показателей ППГЖ по отдельным классам заболеваний было рекомендовано использовать базовый уровень продолжительности жизни, равный 65 годам.

и «затраты». Точка пересечения этих осей определяется как среднеарифметическое значение для однородных показателей (затрат и результатов). Система координат образует четыре квадранта, соответствующих четырем вариантам соотношений показателей затрат и социальных потерь: «высокие затраты – высокие потери», «высокие затраты – низкие потери», «низкие затраты – высокие потери», «низкие затраты – низкие потери».

В зависимости от того, какие значения принимают показатели затрат и социальных потерь (высокие или низкие) для того или иного объекта анализа (муниципальный район, класс заболеваний, нозологическая единица), уровень эффективности затрат будет оцениваться соответственно четырем указанным вариантам интерпретации данных.

Высокие относительные затраты при высоких потерях характеризуют ситуацию как неэффективное использование ресурсов с точки зрения предупреждения преждевременной смертности. Низкие затраты при высоких потерях трактуются как дефицит ресурсов. Дополнительные ресурсы при этом не обязательно должны быть направлены в систему здравоохранения; это может быть и социальная, и производственная сфера – в зависимости от того, какие мероприятия дадут максимальный эффект по предупреждению или уменьшению преждевременной смертности. Высокие затраты при относительно низких потерях должны оцениваться как «избыток» ресурсов. При этом возможно перераспределение средств внутри системы здравоохранения на лечение других классов болезней либо с затратных видов помощи, таких как стационарная, на более дешевые формы (например, дневные стационары) и профилактическую деятельность. И наконец, низкие затраты при низких потерях могут оцениваться неоднозначно: они характеризуют ситуацию либо как реально эффективную с точки зрения предупреждения преждевременной смертности, либо как остро негативную. В силу этого на указанном этапе исследования данные выводы носят преимущественно гипотетический характер. Для уточнения полученных фактов необходимо проводить углубленный детальный анализ по каждой из групп, а также по отдельным категориям и объектам оценки.

Для сравнительного анализа объектов, объединенных в рамках типологической группы (квадранта), в частности, предлагается использовать индекс «стоимость – эффективность», рассчитываемый через отношение относительных показателей затрат и социальных потерь:

$$T = \frac{C}{L},$$

где C – затраты на здравоохранение, руб. на 1 жителя; L – социальные потери от преждевременной смертности населения в ПППЖ, чел.-лет на 1000 чел. населения.

Значение индекса прямо пропорционально уровню расходов и обратно пропорционально уровню социальных потерь. Иными словами, большее значение T свидетельствует о большем уровне затрат и, следовательно, меньшей эффективности, что, однако, правомерно лишь применительно к отдельным квадрантам и не имеет смысла для сравнения единиц, расположенных в разных категориях типологической матрицы.

Описанный подход к оценке эффективности затрат на здравоохранение использован в Вологодской области. Это позволило сформулировать ряд выводов, важных для принятия управленческих решений в региональном здравоохранении.

НЕКОТОРЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАСХОДОВ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ

Рассмотрим примеры использования алгоритма анализа применительно к муниципальным образованиям Вологодской области на основе данных 2007 г. Типологическая матрица муниципальных районов и городов региона по показателям затрат на здравоохранение и социальных потерь представлена в табл. 1. Территории распределены по четырем областям «затраты – потери». Для каждого города и района приведены значения индекса «стоимость – эффективность», позволяющие сравнить оцениваемые объекты в рамках отдельных квадрантов матрицы.

Таблица 1

Типологическая матрица муниципальных образований Вологодской области по показателям затрат и социальных потерь (2007 г.)

		Затраты	
		Высокие	Низкие
Социальные потери (ППЖ)	Высокие	Верховажский р-н – 26,32*	Кирилловский р-н – 21,53
		Бабаевский р-н – 21,95	Шекснинский р-н – 19,60
		Вашкинский р-н – 21,87	Вожегодский р-н – 19,30
		Междуреченский р-н – 20,05	Никольский р-н – 17,17
		Чагодощенский р-н – 19,57	Кадуйский р-н – 16,46
		Бабушкинский р-н – 18,91	Вытегорский р-н – 15,91
	Низкие	Харовский р-н – 24,78	Белозерский р-н – 15,08
		Тарногский р-н – 25,26	Вологодский р-н – 12,84
		Усть-Кубенский р-н – 26,45	Череповецкий р-н – 17,60
		Тотемский р-н – 27,39	Грязовецкий р-н – 18,59
		Кичменгско-Городецкий р-н – 31,34	Устюженский р-н – 24,96
		Сямженский р-н – 31,64	г. Вологда – 25,57
Нюксенский р-н – 32,67			
г. Череповец – 33,49			
Сокольский р-н – 35,80			
Великоустюгский р-н – 48,51			

*Индекс «стоимость – эффективность», Т. Направления стрелок – в сторону увеличения значений индекса, что показывает снижение показателя эффективности.

Опираясь на результаты, полученные за пятилетний период, отметим, что наибольшие в регионе демографические потери от преждевременной смертности населения и подушевые затраты на здравоохранение имеют место в Междуреченском районе. Как свидетельствуют статистические данные, в 2007 г. масштабы бюджетных расходов, понесенных в рамках стационарного звена медицинской помощи (в относительном выражении) в Междуреченском районе, превысили ана-

логичный показатель для крупнейшего в регионе г. Череповца почти в 2 раза. Таким образом, в районе, в котором проживает чуть более 7 тыс. чел., но в котором расположены центральная районная и участковые больницы, содержатся все основные медицинские службы, расходы на душу населения оказываются очень высокими на общеобластном фоне. Вместе с тем подобная ситуация должна трактоваться как неблагоприятная, так как Междуреченский район демонстрирует высокие показатели преждевременной смертности населения, т.е. высокие затраты на здравоохранение не обеспечивают здесь демографического благополучия, поскольку реализуются с преобладанием затратных форм оказания медицинской помощи.

Великоустюгский район и г. Череповец вошли в категорию «высокие затраты – низкие потери». Более детальный анализ затрат в данных муниципальных образованиях показал, что наблюдаемые здесь относительно высокие затраты на здравоохранение отражают сложившийся уровень оснащенности ЛПУ дорогостоящим медицинским оборудованием, а также весьма массивный коечный фонд, что также требует проведения реструктуризации медицинской сети, внедрения в медицинскую практику малозатратных стационарозамещающих технологий.

Среди муниципальных образований, где отмечаются низкие расходы на здравоохранение на фоне неблагоприятной ситуации с преждевременной смертностью, стоит выделить Никольский и Вытегорский районы. Они требуют особого внимания при принятии управленческих решений, потому что проблемы с недофинансированием здесь дополняются неблагоприятными демографическими тенденциями. Муниципальные образования, демонстрирующие приближенный к среднеобластному показателю уровень расходов на здравоохранение, но незначительные (ниже средних по области) показатели преждевременной смертности населения, могут быть отнесены к «относительно благополучным».

В соответствии с представленным алгоритмом проводится оценка затрат и социальных потерь также в разрезе основных причин смерти по классификации МКБ-10. Подробный анализ указанных параметров позволил установить, что причинами высоких демографических и фи-

нансовых потерь в регионе во все рассматриваемые годы были травмы и отравления, заболевания сердечно-сосудистой системы, в частности хроническая ишемическая болезнь сердца, заболевания органов пищеварения. Подобная картина является типичной для области в целом и для большинства муниципалитетов в отдельности, однако степень влияния того или иного фактора может существенно варьировать по территориям. Последнее наводит на мысль о необходимости расширения профилактических мероприятий по обозначенным направлениям деятельности и совершенствования механизмов оказания неотложной медицинской помощи пострадавшим, особенно в тех муниципальных образованиях, где такая потребность оценивается как острая. Наиболее перспективной с точки зрения дополнительных вложений средств, согласно проведенным расчетам, следует признать деятельность по предотвращению преждевременной смертности от новообразований, причем эта деятельность должна носить общерегиональный характер (табл. 2).

Для детальной оценки эффективности расходов на здравоохранение проводится углубленный анализ затрат и социальных потерь по тому или иному классу заболеваний либо диагнозу в рамках системы МКБ-10 в отдельных муниципальных образованиях региона, а затем на основе сравнения со среднеобластными и максимальными в области показателями и расчета коэффициентов отклонения выявляются конкретные причины, обуславливающие высокий уровень расходов и преждевременной смертности в данном муниципалитете.

Таким образом, оценка с применением предлагаемого механизма дает чрезвычайно широкие возможности, поскольку он позволяет выявить конкретные факторы риска – те причины смертности, вклад которых в сумму расходов на здравоохранение и социальные потери общества от преждевременной смертности наибольший как в целом по региону, так и в отдельных муниципальных образованиях.

Мониторинг результатов экономического анализа, дающий информацию о затратах, потерях (ППЖ) по отдельным территориям, причинах смерти и частных диагнозах, позволяет с достаточной долей достоверности и научной обоснованности отслеживать и оценивать ситуацию, касающуюся эффективности затрат на здравоохранение

Таблица 2

Типологическая матрица причин смерти (МКБ-10) в Вологодской области по показателям затрат и социальных потерь (2007 г.)

		Затраты	
		Высокие	Низкие
Социальные потери (ППЖ)	Высокие	Болезни органов пищеварения – 23,71* Болезни системы кровообращения – 13,71 Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин – 5,85	Новообразования – 16,15
	Низкие	Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде, – 57,22 Болезни органов дыхания – 97,63 Некоторые инфекционные и паразитарные болезни – 155,86 Болезни костно-мышечной системы – 709,84 Психические расстройства и расстройства поведения – 1 094,30 Беременность, роды и послеродовый период – 4119,35	Симптомы, отклонения от нормы, выявленные при клин. и лаб. исследованиях, – 7,46 Врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения – 11,64 Болезни нервной системы – 58,94 Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ – 69,15 Болезни крови, кроветворных органов, нарушения, вовлекающие иммунный механизм, – 194,75 Болезни мочеполовой системы – 241,03 Болезни кожи и подкожной клетчатки – 637,13 Болезни уха и сосцевидного отростка – 3 721,45

*Технический индекс «стоимость – эффективность».

в муниципальных образованиях региона. Особое внимание при этом уделяется тем районам области, которые демонстрируют негативные тенденции в показателях затрат на здравоохранение и социальных потерь вследствие преждевременной смертности среди населения в мно-

голетнем временном контексте. Анализ затрат и социальных потерь, проведенный в соответствии с описанным алгоритмом, помог практическому здравоохранению в следующем.

Во-первых, удалось повысить уровень целеполагания и обоснованности управленческих решений в здравоохранении. Результаты исследования используются при обсуждении проектов бюджета и финансирования целевых программ с областным департаментом финансов, в результате чего достигнут ежегодный устойчивый рост финансирования здравоохранения, за период с 2003 по 2008 г. оно увеличилось в 2,7 раза. Если ранее рекомендации по увеличению финансирования выглядели как опирающиеся лишь на субъективное мнение чиновников, то сегодня объективная информация становится весомым аргументом «за» при обсуждении вопросов о дополнительном привлечении бюджетных средств к нуждам здравоохранения. Это позволило обосновать необходимость принятия ряда целевых программ по ключевым направлениям деятельности: профилактике и лечению туберкулеза, артериальной гипертензии, ВИЧ-инфекции и СПИДа, сахарного диабета.

Во-вторых, выявлены классы болезней и отдельные заболевания, смертность от которых приносит наибольший социально-экономический ущерб. Установлено, что причинами высоких демографических и финансовых потерь в регионе являются травмы, отравления и другие последствия воздействия внешних причин (в рамках этого класса – следующие нозологические единицы: асфиксия, токсическое действие алкоголя, переломы костей черепа и др.), заболевания сердечно-сосудистой системы (в частности, хроническая ишемическая болезнь сердца, кардиомиопатия, внутримозговое кровоизлияние, инфаркт миокарда), заболевания органов пищеварения (фиброз и цирроз печени, алкогольная болезнь печени, токсическое поражение печени). И хотя иерархическая структура смертности от заболеваний типична для большинства муниципалитетов региона, вклад той или иной причины смерти в общий объем демографических потерь может существенно колебаться в разрезе территорий, что дает возможность «дифференцировать» управленческие решения по от-

дельным муниципалитетам, выявляя специфические для них условия и факторы риска.

В-третьих, проводится работа по реструктуризации коечной сети и развитию дневных стационаров при определении государственного и муниципального заказов на предоставление медицинских услуг. Полученные результаты используются департаментом здравоохранения в процессе сотрудничества с органами местного самоуправления при обосновании необходимости и порядка реструктуризации коечного фонда и создания межрайонных центров – узлов оказания медицинской помощи. В 2008 г. осуществлена концентрация коек инфекционного и акушерского профилей в Сокольском районе для Харовского, Вожегодского и Усть-Кубенского районов, в 2009 г. – концентрация коек хирургического и педиатрического профилей в Тотемском районе для обслуживания жителей соседнего Бабушкинского района.

Здесь может сложиться впечатление, что между выводами и практическими мерами существует противоречие: в ходе анализа выявляются затратные единицы и в то же время создаются межрайонные центры, области локализации и концентрации ресурсов, что автоматически приводит к «удорожанию» медицинской помощи в них. Это противоречие во многом кажущееся, поскольку массивные коечные мощности как таковые имеют гораздо меньшую результативность, чем коечные фонды меньших масштабов, но оснащенные современной техникой и квалифицированными кадрами.

Исследование показало, что Междуреченский и Великоустюгский районы, а также г. Череповец демонстрируют самые высокие показатели расходов на здравоохранение. Это обусловлено затратностью созданных в них коечных фондов (здесь работает так называемый закон Рёмера: расширение коечного фонда приводит к росту масштабов госпитализации, поскольку возникает необходимость заполнить созданные койко-места). На основе полученных выводов были приняты меры по реструктуризации стационарной помощи, в результате чего за период 2008–2010 гг. коечная емкость муниципальных учреждений здравоохранения уменьшилась: в Великоустюгском районе – на 23%, в Междуреченском – на 18, в г. Череповец

це – на 22%. Параллельно с сокращением коек активно развивались приемно-диагностические отделения и дневные стационары, позволяющие оказывать медицинские услуги должного качества в амбулаторных условиях, в результате чего достигается значительный экономический эффект.

В-четвертых, появилась возможность обосновывать необходимость инвестиций в развитие здравоохранения по тем конкретным службам, которые отвечают за профилактику и лечение наиболее «проблемных» заболеваний. За период 2003–2008 гг. в области расширены штаты областного центра медпрофилактики, развернуты его филиалы во всех муниципальных районах. Увеличены штаты и расширены функциональные обязанности центра ВИЧ/СПИД, организован оргметодкабинет на базе областной инфекционной больницы. Инвестированы значительные средства (596 млн руб.) в строительство и оснащение радиологического корпуса областного онкодиспансера, который начал работать с июня 2009 г., в результате чего повысилась доступность соответствующего вида помощи. Прежние расходы на нее, как позволили заключить исследования, были недостаточными. За счет организации трехуровневой системы оказания медицинских услуг беременным и роженицам удалось снизить практически в 2 раза младенческую смертность. С учетом данных о высокой смертности людей от дорожно-транспортных происшествий на трассе Вологда – Сокол было решено создать два травмоцентра на базе Вологодской областной и Сокольской городской больниц, что позволит оказывать эффективную помощь тем, кто получил множественные травмы, и доставлять пострадавших в стационар в течение «золотого часа».

Результаты экономического анализа, проводимого по представленной методике, используются для обоснования приоритетов финансирования в рамках отрасли и для определения наиболее приемлемых вариантов вложения средств в обеспечение деятельности по охране и укреплению общественного здоровья. Реализация и тиражирование данного проекта в масштабах региона позволит обеспечить повышение эффективности расходов на охрану здоровья населения и про-

зрачность процесса управления и планирования в региональном здравоохранении.

* * *

Необходимо отметить трудности использования методики оценки эффективности затрат на здравоохранение, а также рассмотреть перспективы ее дальнейшего совершенствования. Прежде всего признаем: некоторая ограниченность предлагаемого нами подхода связана с тем, что в расчетах принимаются во внимание только потери от преждевременной смертности населения, при этом упускаются из виду ущербы, связанные с временной нетрудоспособностью граждан или их инвалидностью (к примеру, заболевания глаза или уха редко приводят к смерти, но зачастую бывают связаны со значительным снижением качества жизни человека). Поэтому одним из путей развития методики сегодня видится привлечение к анализу данных по временной нетрудоспособности и инвалидности жителей региона. Однако своего рода оправданием такому упущению являются несовершенство статистической отчетности, сложившейся в медицинских учреждениях, и то, что ключевым приоритетом деятельности учреждений здравоохранения сегодня провозглашены снижение смертности и увеличение ожидаемой продолжительности жизни граждан.

Рассматриваемая методика не связана с разработанной системой соотнесения предпринимаемых инициатив с конечным результатом, или, условно говоря, с режимом налаженной обратной связи. Однако для этого есть и объективные причины. Одной из них является инерционность демографических процессов. Кроме того, далеко не все медицинские программы могут быть быстро реализованы, а результаты принятых инициатив имеют свойство проявляться лишь через определенный, часто довольно длительный промежуток времени, причем при обязательном условии методичной реализации соответствующих практических программ.

В ряду факторов смертности населения эффективность работы служб здравоохранения занимает далеко не первое место. Ясно, что существенный вклад в здоровье человека вносят и наследственность,

и социально-экономические факторы, обуславливающие первоначальную заболеваемость (образ жизни, социальное благополучие, уровень жизни), и состояние окружающей среды. Вместе с тем подобная полидетерминированность здоровья еще раз подтверждает преимущества межотраслевого подхода к решению проблем здравоохранения, в рамках реализации которого рекомендуемый инструментарий также может быть уместным.

Основным условием внедрения нового механизма управления становится организация единой системы мониторинга регионального здравоохранения, включающей планирование и реализацию плановых инициатив, оценку результата на основе многолетнего информационного массива. Использование оценок эффективности здравоохранения, полученных на базе описанного инструментария, открывает широкие возможности для перехода к качественно новому, социальному, уровню управления здравоохранением, когда чиновники разговаривают с врачами о здоровье населения, а не только о деньгах, как это зачастую бывает.

Литература

1. **Гаврильева Т.Н.** Методические подходы к определению стоимости бюджетных услуг здравоохранения // Регион: экономика и социология. – 2008. – № 4. – С. 273–285.
2. **Шейман И.М.** Экономика здравоохранения: Учеб. пособие. – М.: ТЕИС, 2001. – 323 с.
3. **Кочуров Е.В.** Оценка эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений: сравнительный анализ методов и моделей // Вестник СПбГУ. Сер. 8. – 2005. – № 3. – С. 110–128.
4. **Faria F. Peixoto, Jannuzzi P. de Martino, Silva S. José, da.** Eficiência dos gastos municipais em saúde e educação: uma investigação através da análise envoltória no estado do Rio de Janeiro // Revista de administração Pública. – 2008. – № 42 (1). – P. 155–177.
5. <http://www.scielo.br/pdf/rap/v42n1/a08v42n1.pdf> (дата обращения 14.03.2010).
6. **Методика** оценки эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации [Эл. ресурс]. – Режим доступа: <http://www.primorsky.ru/files/5584.doc> (дата обращения 22.03.2010).