

# ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ И ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

МАТЕРИАЛЫ  
РЕСПУБЛИКАНСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ  
КОНФЕРЕНЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ  
«СОВРЕМЕННЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ И  
ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»  
(К 20-ЛЕТИЮ РНПЦ МТ)



20 ЛЕТ РНПЦ МТ

182

186

190

## ПОДХОДЫ К ОЦЕНКАМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В.Н.РОСТОВЦЕВ

Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения, г. Минск

*Сформулированы и охарактеризованы основные подходы к оценкам эффективности здравоохранения, включая традиционный, системный, экономический, социальный и технологический.*

Для оценок эффективности здравоохранения используют традиционный подход, в рамках которого анализируют статистические показатели заболеваемости, инвалидизации и смертности. Такой подход адекватен для оценок работы отдельных лечебных служб и в задачах управления состоянием их деятельности. Для решения задач развития служб и направлений отрасли здравоохранения, а также задач развития системы здравоохранения в целом необходимы иные подходы, включая системный, экономический, социальный и технологический.

### 1. Оценки системной эффективности

Поскольку основной целью здравоохранения является улучшение здоровья населения, эффективность системы здравоохранения в целом логически правильно оценивать не по уменьшению частоты отрицательных явлений (заболеваемость, инвалидизация, смертность), а по увеличению частоты положительных результатов. В цепочке «здоровье — заболевание — инвалидность — смерть» положительным результатом является только здоровье, а остальные позиции относятся к категории отрицательных явлений. Отсюда, системные оценки эффективности здравоохранения должны опираться на показатели собственно здоровья населения.

Отрасль здравоохранения следует рассматривать как подсистему всей социально-политической системы, влияющей на сохранение здоровья. Согласно П.К. Анохину для всякой функциональной системы системообразующим фактором является результат действия системы. Для отрасли здравоохранения таким результатом является сохраненное здоровье. В плане сохранения здоровья к деятельности отрасли здравоохранения примыкает деятельность по охране труда работников всех отраслей.

Система здравоохранения включает в себя соответствующие аспекты деятельности всех отраслей социальной сферы и, в первую очередь деятельность СМИ, здорововоспитательную деятельность всех уровней образования и здоровосозидательную деятельность отрасли здравоохранения. Отсюда логически следует, что прямые, строгие и адекватные оценки эффективности системы здравоохранения в целом (а не только отрасли) возможны исключительно на основе по-

казателей собственно здоровья населения, то есть доли тех лиц среди населения, которые по некоторому критерию являются здоровыми.

Таким образом, процент здоровых среди населения является прямым, теоретически строгим и практически адекватным показателем для оценок эффективности системы здравоохранения в целом. Назовем оценку на основе доли здорового населения прямой системной оценкой эффективности системы здравоохранения.

Очевидно, что сохраненное здоровье является результатом действия профилактической медицины так же, как возвращенное здоровье является результатом действия лечебной медицины. Кроме этого существует компонента добавленного здоровья, которая формируется средствами оздоровительной медицины и средствами здоровосозидательного воспитания в семье, дошкольных учреждениях, во всех других учреждениях образования и через СМИ. При этом доля здоровых лиц складывается за счет и добавленного, и сохраненного, и возвращенного здоровья, а соотношение между ними определяется соотношением эффективности оздоровительно-профилактической и лечебной медицины. Общеизвестно, что оздоровительно-профилактическая медицина по любым показателям эффективности в несколько раз превосходит лечебную медицину. Важно, что оздоровительно-профилактическая медицина по сути является основным источником полезной информации для образования и СМИ.

Величина прямой системной оценки эффективности здравоохранения определяется главным образом состоянием оздоровительной и профилактической медицины, которое в свою очередь зависит от того, какую долю получает оздоровительно-профилактическая медицина от общего бюджета здравоохранения. Отсюда появляется возможность косвенной оценки эффективности здравоохранения по бюджетной доле оздоровительно-профилактической медицины.

Будем исходить из того, что доля оздоровительно-профилактической медицины в общем бюджете здравоохранения является косвенной оценкой эффективности системы здравоохранения. Далее рассмотрим связь прямой и косвенной оценок эффективности здравоохранения.

Опираясь на существующие данные о более высокой эффективности оздоровительно-профилактической медицины по сравнению с лечебной, правомерно полагать, что на единицу увеличения бюджетной доли оздоровительно-профилактической медицины доля здоровых должна увеличиваться как минимум, на несколько единиц. Сегодня доля затрат на профилактическую медицину (включая санитарно-эпидемиологическую службу) оценивается в 3-4% общего бюджета здравоохранения в зависимости от способа расчёта.

Если принять, что единице косвенного показателя соответствуют 4-5 единиц прямого показателя, то доля здоровых должна составить 12 — 20%. По современным данным доля взрослого населения, относящаяся к первой группе здоровья, составляет около 20%. Отметим, что в ней — люди с высокой генотипической гармоничностью и, соответственно, с высокими ресурсами систем защиты здоровья организма. Это люди, которые имеют высокую устойчивость и низкие риски заболеваний, а факторы внешней среды и погрешности образа жизни оказывают малое влияние на их здоровье.

Таким образом, имеется достаточно хорошее теоретическое соответствие, которое показывает, что в современных условиях коэффициент связи косвенного и прямого показателей эффективности здравоохранения приблизительно равен пяти, то есть доля здорового населения равна доле бюджета оздоровительно-профилактической медицины в общем бюджете здравоохранения, умноженной на пять.

Изложенное выше позволяет сделать следующие практические выводы:

прямой системный показатель эффективности здравоохранения, то есть долю населения, относящуюся к первой группе здоровья, целесообразно включать в модели конечных результатов деятельности системы здравоохранения административных территорий;

в качестве базиса стратегии развития системы здравоохранения следует рассматривать планомерное и неуклонное увеличение на 1-2 процента в год бюджетной доли оздоровительно-профилактической медицины в общем бюджете здравоохранения административной территории.

## 2. Оценки экономической эффективности

Главными целями здравоохранения являются улучшение здоровья населения, снижение заболеваемости и смертности, увеличение средней продолжительности жизни. Продуктом, производимым в системе здравоохранения, следует считать здоровье населения. Ресурсы здоровья населения определяют качество и объём трудовых ресурсов страны. Потери здоровья ведут к прямым и косвенным экономическим потерям. Сохранение здоровья приводит к предотвращению

ращению экономических потерь. Увеличение ресурса здоровья населения приводит, соответственно, к экономической отдаче в виде роста прибыли. В структуре ресурсов здоровья как производимого продукта следует выделять добавленные (путём оздоровления), сохранённые (путём профилактики) и возвращённые (путём лечения и реабилитации) ресурсы здоровья. Отсюда основными способами производства ресурса здоровья являются оздоровление, профилактика, лечение и реабилитация.

Считается, что 1 рубль, вложенный в лечебную медицину, приносит более 5 рублей прибыли, а 1 рубль, вложенный в профилактическую медицину, может приносить до 20 рублей прибыли [1]. Согласно данным нашего анализа, потери ВВП Республики Беларусь только в результате смертности трудоспособного населения в 2011г. составили сумму, равную 2,37 бюджета здравоохранения страны. Потери ВВП в результате инвалидизации на порядок выше, чем в результате смертности (плюс еще 23 бюджета). К этим потерям ВВП надо добавить 5 бюджетов, входящих на заболеваемость. Итого 30 бюджетов потерь. Если представить себе ситуацию полного отсутствия в стране медицинской помощи, то совокупные потери от заболеваемости, инвалидизации и смертности трудоспособного населения оказались бы, как минимум, в два раза выше. То есть совокупные потери составили бы 60 бюджетов. Отсюда следует, что текущая рентабельность отрасли здравоохранения составляет 1500%, то есть предотвращенные потери ВВП от заболеваемости, инвалидизации и смертности трудоспособного населения, как минимум, 15-кратно перекрывают бюджетные затраты на здравоохранение. Дальнейшее повышение рентабельности отрасли (при фиксированной затратной части) связано со снижением частот заболеваемости, инвалидизации и смертности. В первом квартале 2012 г. смертность трудоспособного населения снизилась по отношению к его смертности за соответствующий период 2011г. на 16,7%. DALY- анализ показал, что это снижение смертности окупило около трети (32,1%) квартальных бюджетных затрат на здравоохранение. Отсюда ясно, что главный потенциал повышения рентабельности отрасли связан со снижением заболеваемости путём оздоровления и профилактики.

Экономический эффект от оздоровления обусловлен степенью повышения ресурса здоровья. Экономический эффект от профилактики обусловлен уровнем предотвращённой заболеваемости и инвалидизации. Экономический эффект от лечения обусловлен уровнем предотвращённой смертности. Максимальная прибыль может быть получена в результате реализации оздоровительного и профилактического направлений деятельности. Прибыль от лечебного на-