



Крайне необходимая эффективность

Студентки-медсестры в региональной больнице г. Батангас, Филиппины.

Дэвид Коади, Маура Франчезе и Баопин Шан

Государственные расходы на здравоохранение должны стать более эффективными во избежание чрезмерной нагрузки на казну

ЗА последние пять десятилетий показатели здравоохранения по всему миру существенно повысились. Например, ожидаемая продолжительность жизни при рождении увеличилась примерно на 11 лет в странах с высокими доходами, на 26 лет — в странах с доходами выше средних, на 21 год — в странах с доходами ниже средних и на 20 лет — в странах с низкими доходами.

Хотя эти достижения вызваны рядом факторов, в том числе повышением доходов и усовершенствованием медицинских технологий, рост государственных расходов на здравоохранение также является важным аспектом. В странах с развитой экономикой такие государственные расходы увеличились в среднем с 3¼ процента ВВП в 1970 году до примерно 7 процентов в 2012 году. В странах с формирующимся рынком соответствующие расходы увеличились с 2¼ процента в 1995 году до 3¼ процента в 2012 году, а в развивающихся странах за аналогичный период времени расходы возросли с 3 до 3¼ процента ВВП.

От повышения государственных расходов на здравоохранение страны получают огромную отдачу, однако этот рост усугубляет существующие финансовые трудности в государственном бюджете. Государственные расходы на здравоохранение уже составляют значительную долю государственной казны и, как ожидается, будут расти и впредь (Clements, Coady and Gupta, 2012). В странах с развитой экономикой, которые уже вынуждены сокращать дефицит бюджета, чтобы решать проблему большого государственного долга, такой рост расходов только усилит нагрузку на бюджет. В странах с формирующимся рынком и развивающихся

странах государственные расходы на здравоохранение вынуждены конкурировать с другими приоритетами в области развития, включая образование и инфраструктуру.

Многие страны рассматривают повышение эффективности государственных расходов на здравоохранение как главный способ обеспечить непрерывный рост показателей здравоохранения без создания дополнительной нагрузки на бюджет. Также весьма вероятно, что ограничение роста расходов путем повышения их эффективности — политически более приемлемый ход, чем отказ от повышения показателей здравоохранения или снижение расходов в других областях. Тем не менее, действенность этой стратегии зависит от степени неэффективности системы государственного здравоохранения и способности органов управления ее уменьшать.

Неэффективное расходование средств

Определение степени неэффективности расходов — трудная задача.

Во-первых, *сложно определить, что значит неэффективность*, поскольку государственные расходы на здравоохранение одновременно служат нескольким целям. Всемирная организация здравоохранения в качестве основных целей выделяет улучшение здоровья граждан, защиту домашних хозяйств от финансовых рисков и удовлетворение ожиданий населения. При этом большинство исследований, посвященных неэффективности расходов, ориентируется на показатели здравоохранения, например, на определенное значение средней продолжительности жизни. Поскольку средняя продолжительность жизни тесно связана с другими значимыми ин-



дикаторами здоровья, такие исследования могут хорошо отражать выполнение цели по повышению показателей здравоохранения, но при этом не дают полной картины происходящего.

Во-вторых, *измерение неэффективности, как правило, подразумевает сравнение конкретной системы здравоохранения с «эффективной» системой.* Поскольку помимо государственных расходов здоровье населения обусловлено множеством факторов, и они различны в разных странах, трудно определить минимальный уровень расходов, необходимый для достижения заданных результатов здравоохранения.

Причины неэффективности

Исследования по-прежнему выявляют значительный уровень неэффективности использования государственных ресурсов на нужды здравоохранения. В Докладе о состоянии здравоохранения в мире за 2010 год (ВОЗ, 2010), основанном на исследовании систем здравоохранения по всему миру, говорится, что от 20 до 40 процентов совокупных (государственных и частных) расходов на здравоохранение в странах с высокими, средними и низкими доходами практически не влияет на улучшение здоровья людей. Исследование стран, входящих в Организацию экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), показало, что в результате неэффективного использования ресурсов средняя продолжительность жизни сократилась примерно на два года (Joumard, André и Nicq, 2010). В последнем исследовании (МВФ, 2014), в котором продолжительность жизни увязана с состоянием здоровья, показано, что среднее снижение продолжительности жизни с поправкой на состояние здоровья (HALE, см. вставку), обусловленное неэффективной системой, составляет более двух лет (см. рис. 1). Это большая цифра, учитывая, что 50-процентный рост расходов на здравоохранение увеличит HALE в среднем на один год, свидетельствуя тем самым о больших возможностях для повышения эффективности во всех странах.

Отмеченная неэффективность имеет множество причин и целый ряд потенциальных способов устранения.

Опыт стран ОЭСР свидетельствует о том, что *тип системы государственного здравоохранения, по-видимому, не является самым важным фактором* (Joumard, André and Nicq, 2010). В большинстве стран государственное вмешательство в сектор здравоохранения носит масштабный характер и может принимать разные формы, включая непосредственное оказание услуг здравоохранения, финансирование через налоговую систему и регулирование услуг, предоставляемых частным сектором. Но когда системы здравоохранения разделяются по степени участия рыночных механизмов в их обеспечении и финансировании, различия в эффективности внутри групп оказываются больше, чем между группами. Это свидетельствует о том, что эффективность зависит от более конкретных факторов, например, от того, что покрывается медицинским страхованием, как возмещаются расходы частных поставщиков услуг, какова структура распределения затрат и каким образом разрабатываются и внедряются руководства по клинической практике.

Состав расходов на здравоохранение и медицинских услуг также важен. Данные показывают, что первичная медицинская

помощь и профилактика в целом более экономически эффективны, чем стационарное лечение. Однако в обоих случаях рентабельность различных видов лечения значительно различается. Например, воспроизведенные лекарственные препараты не менее эффективны, чем фирменные, но стоят значительно дешевле. Государственный пакет льгот должен покрывать или поощрять только самые экономически целесообразные способы лечения.

Немаловажную роль играют состав и характеристики получателей средств, выделяемых на здравоохранение. Малоимущие и незащищенные слои населения имеют меньше шансов получить альтернативный доступ к медицинскому обслуживанию в отсутствие государственного финансирования, поэтому эффективность финансирования на нужды малоимущих будет выше, чем эффективность финансирования на нужды богатых. Страны с более здоровым населением, как правило, имеют менее высокий уровень неравенства в доступе к медицинским услугам.

ВОЗ (2010) сгруппировала основные причины неэффективности в пять больших категорий: *кадры в здравоохранении*, что включает неправильную или чрезмерно дорогую структуру кадров и немотивированных сотрудников; *лекарственные средства*, что включает недостаточное использование воспроизведенных медикаментов и завышенную цену препаратов, использование некачественных или поддельных лекарств, а также нецелесообразное или неэффективное использование лекарств; *больницы*, что включает избыточное использование дорогих медицинских технологий (например, магнитно-резонансной томографии), нецелесообразный размер больницы, врачебные ошибки и низкое качество медицинской помощи; *нецелевое расходование средств, коррупция и мошенничество*; и *неэффективная структура медицинских услуг и ненадлежащий уровень оказания медицинской помощи*. Повышение эффективности всех этих групп может уменьшить общие расходы в здравоохранении в среднем более чем на 40 процентов (см. рис. 2).

Решение проблемы неэффективности

Исследователи определили несколько областей, в которых реформирование системы здравоохранения могло бы привести к уменьшению ее неэффективности.

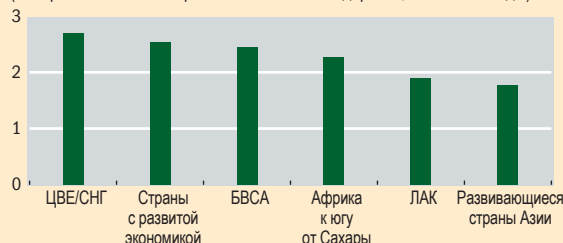
- *Расходы на здравоохранение должны быть перераспределены в пользу наиболее эффективных с точки зрения затрат, услуг и способов лечения и давать стимул для такого эффективного поведения.* Например, услуги по первичной помощи и профилактике, охватывающие весь спектр от систематического врачебного

Рисунок 1

Потеря здоровья

Неэффективность системы здравоохранения сокращает продолжительность здоровой жизни на два года по сравнению со средней продолжительностью.

(Потеря лет жизни с поправкой на состояние здоровья, 2000–2010 годы)



Источник: МВФ (2014); и оценки авторов.

Примечание. Годы жизни с поправкой на состояние здоровья — предполагаемое число лет, которые человек проведет в хорошем состоянии здоровья. Данные охватывают 127 стран: ЦВЕ/СНГ = Центральная Европа и Содружество независимых государств (16 стран), страны с развитой экономикой (29 стран); БВСА = Ближний Восток и Северная Африка (7 стран), Африка к югу от Сахары (40 стран); ЛАК = страны Латинской Америки и Карибского бассейна (24 страны); развивающиеся страны Азии (11 стран).

Крепкое здоровье

Продолжительность жизни с поправкой на состояние здоровья (HALE) показывает количество лет, которые человек прожил в добром здравии. Значительный объем ресурсов медицинского сектора тратится на снижение тяжести заболеваний и повышение качества жизни людей. Для отражения этого аспекта в HALE учитывается распространенность заболевания, число заболевших, продолжительность заболевания и данные о времени жизни, проведенном человеком в разных состояниях здоровья.

осмотра и вакцинации до профилактики ВИЧ, курения и ожирения, зачастую предоставляются и используются в недостаточном объеме. Это свидетельствует в пользу важной опорной функции государства в сфере НИОКР, предоставления государственной медицинской помощи, регулирования и разработки руководств по клинической практике, а также налоговых мер (Jamison et al., 2013). Кроме того, распределение затрат должно быть организовано таким образом, чтобы поощрять использование более действенных с точки зрения затрат средств медицинской помощи, особенно в странах с формирующимся рынком и странах с низкими доходами, в которых охват медицинским страхованием является неполным. Эти страны должны стремиться обеспечить всеобщий охват с пакетом льгот, который покрывает только самые важные и эффективные с точки зрения затрат медицинские услуги, пока не появятся больше возможностей для увеличения расходов на здравоохранение. Это не только поможет снизить неравенство, но также повысит общий уровень здоровья населения.

• *Государство должно поощрять конкуренцию и выбор.* Такая реформа включает создание условий для конкурентной борьбы за пациента среди страховых компаний и поставщиков услуг, а также распространение информации об их ценах и качестве. Это может вынудить поставщиков медицинских услуг быть более эффективными за счет таких мер, как обеспечение надлежащего баланса численности врачей, медсестер и административных работников и лучшего использования инфраструктуры. Было отмечено, что повышение конкуренции и расширение выбора имеют положительную связь с более высокими показателями здравоохранения, хотя их влияние на издержки менее очевидно (Gaupod, Moreno-Serra and Propper, 2013). Тем не менее, перед регулирующими органами стоит важная задача обеспечения надлежащего функционирования рынка и ограничения таких его дефектов, как недостаточный объем предоставления медицинских услуг и медицинского страхования. Скорее всего, это в большей степени актуально для стран с развитой экономикой, так как для столь сложного регулирования требуются большие административные ресурсы.

• *Необходимо усовершенствовать системы выплат поставщикам услуг.* Эта реформа включает переход от платы за отдельные услуги, когда поставщик получает вознаграждение за каждую оказанную услугу, к фиксированным платежам, например, по по-

душному принципу (поставщик получает фиксированную плату за каждого пациента, которому оказывается медицинская помощь) и в зависимости от диагноза, где вознаграждение определяется стандартным лечением заболевания конкретного пациента. Фиксированные платежи могут способствовать уменьшению стимулов к избыточному лечению. Однако чтобы предотвратить недостаточное лечение, необходимы четкие руководства по клинической практике и строгий контроль. Это относится к большинству стран с большим частным медицинским сектором.

• *Необходимо использовать современные информационные технологии в медицине.* Очевидно, что технологии помогают повысить показатели здравоохранения и снизить издержки путем сокращения числа врачебных ошибок и дублирования процедур и анализов (Hillestad et al., 2005). Но поскольку для этого требуются большие начальные инвестиции, отсутствие финансирования может ограничить распространение технологий в некоторых странах.

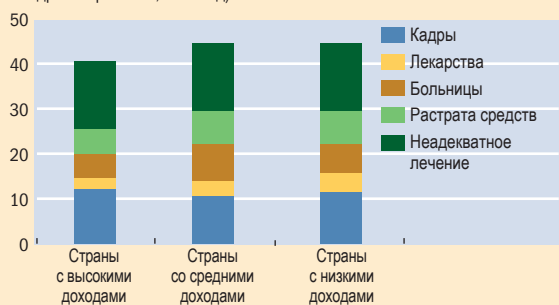
• *Органы государственного управления должны повышать эффективность работы государственных учреждений.* Она может быть повышена с помощью последовательного распределения ответственности по разным уровням управления (путем устранения дублирования и избыточных административных расходов). Развитие и укрепление надлежащего регулирования клинической практики может способствовать сокращению объемов избыточного или необоснованного медицинского лечения. Повышение степени прозрачности и усиление регулирования, особенно в части закупок и возмещения затрат, может способствовать снижению объемов коррупции и мошенничества, которые оказываются значительными во всех странах.

Повышение эффективности государственных расходов на здравоохранение настоятельно необходимо во всех странах. Реформы по повышению эффективности государственных расходов должны соответствовать особенностям каждой отдельной страны. В странах с развитой экономикой старение населения и высокий уровень государственного долга означают, что власти должны стабилизировать или сдерживать рост отношения расходов на здравоохранение к ВВП без ущерба для показателей здравоохранения. Развивающиеся страны должны и впредь повышать показатели здравоохранения, сохраняя при этом устойчивость государственных финансов. ■

Рисунок 2

Множество причин
Неэффективность системы здравоохранения проявляется в разных формах.

(Неэффективное расходование, процент от совокупных расходов на здравоохранение, 2010 год)



Источник: Всемирная организация здравоохранения (2010).
Примечание. К причинам неэффективности относятся кадры, что включает медицинских работников и их распределение; лекарства, включая недостаточное использование воспроизведенных лекарств, использование лекарств ненадлежащего качества и поддельных препаратов и неадекватное и неэффективное назначение лекарств; больницы, включая избыточное использование оборудования и процедур; растрата средств, включая нецелевое расходование, коррупцию и мошенничество; и неадекватное лечение, включая неэффективный или ненадлежащий уровень лечения. Представленные значения основаны на средних оценках. Поскольку прирост эффективности от различных источников не всегда носит кумулятивный характер, по консервативным оценкам ВОЗ от 20 до 40 процентов общих расходов на здравоохранение осваивается таким образом, что практически не приводит к улучшению здоровья населения.

Дэвид Коуди — ведущий специалист по социальным расходам, Маура Франчезе — советник по технической помощи, а Баолин Шан — экономист Департамента по бюджетным вопросам МВФ.

Литература:

- Clements, Ben, David Coady, and Sanjeev Gupta, 2012, Economics of Public Health Care Reform in Advanced and Emerging Economies (Washington: International Monetary Fund).
- Gaynor, Martin, Rodrigo Moreno-Serra, and Carol Propper, 2013, "Death by Market Power: Reform, Competition, and Patient Outcomes in the National Health Service," *Economic Policy*, Vol. 5, No. 4, pp. 134–66.
- Hillestad, Richard, and others, 2005, "Can Electronic Medical Record Systems Transform Healthcare? Potential Health Benefits, Savings, and Costs," *Health Affairs*, Vol. 24, No. 5, pp. 1103–117.
- International Monetary Fund (IMF), 2014, *Fiscal Monitor* (Washington, April).
- Jamison Dean T., and others, 2013, "Global Health 2035: A World Converging within a Generation," *The Lancet*, Vol. 382, No. 9908, pp. 1898–1955.
- Journard, Isabelle, Christophe André, and Chantal Nicq, 2010, "Health Care Systems: Efficiency and Institutions," OECD Economics Department Working Paper No. 769 (Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development).
- World Health Organization (WHO), 2010, *World Health Report—Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage* (Geneva).