

УДК 336.13

*Л. М. Ханова*

Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации, Москва,  
e-mail: lmhanova@fa.ru

## ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФИНАНСИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

**Ключевые слова:** система здравоохранения, медицинская помощь, программа гарантий, медицинские учреждения, эффективность использования ресурсов.

В статье отражены разработанные рекомендации по повышению эффективности регионального финансирования системы здравоохранения. Результаты авторского анализа финансового обеспечения системы здравоохранения субъектов Российской Федерации позволили оценить текущую ситуацию в регионах и предложить постепенное внедрение механизма (модели) анализа экономической эффективности, в том числе внедрение в отдельных учреждениях здравоохранения и далее во всей системе здравоохранения в отдельных субъектах Российской Федерации. Методологические рекомендации возможно будут интересны для государственных органов соответствующих уровней, осуществляющих планирование и исполнение бюджета, руководителей медицинских учреждений и экспертных групп, которые будут заниматься анализом эффективности использования бюджетных средств, в том числе территориальных фондов обязательного медицинского страхования. Материалы статьи могут также представлять интерес для представителей профессиональной сферы, научных работников, общественности, для преподавателей и студентов профильных вузов.

*L. M. Khanova*

Financial University under the Government of the Russian Federation, Moscow,  
e-mail: lmhanova@fa.ru

## IMPROVING THE EFFECTIVENESS OF FINANCING THE HEALTHCARE SYSTEM AT THE REGIONAL LEVEL

**Keywords:** healthcare system, medical care, guarantee program, medical institutions, resource efficiency.

The article reflects the developed recommendations for improving the effectiveness of regional financing of the healthcare system. The results of the author's analysis of the financial support of the healthcare system of the subjects of the Russian Federation made it possible to assess the current situation in the regions and propose a gradual introduction of a mechanism (model) for analyzing economic efficiency, including implementation in individual healthcare institutions and further in the entire healthcare system in individual subjects of the Russian Federation. The methodological recommendations may be of interest to government agencies at relevant levels involved in budget planning and execution, heads of medical institutions, and expert groups that will analyze the effectiveness of using budgetary funds, including territorial mandatory medical insurance funds. The materials of the article may also be of interest to representatives of the professional sphere, researchers, the public, teachers and students of specialized universities.

### Введение

Для эффективной деятельности в любой отрасли необходимо рациональное использование финансовых и кадровых ресурсов. Это относится к бюджетному сектору в сфере здравоохранения. Все реформы сферы здравоохранения, проводимые в истории современной России, были в том числе связаны с повышением ресурсного обеспечения и повышением эффективности использования ресурсов [2, с. 356]. Данные проблемы – комплексные, для их решения необходимо ответить на множество вопросов, в частности, где найти необходимые источники финансирования, как и в каких

объемах использовать их наиболее рационально. Также актуальной проблемой остается методика оценки эффективности: какие способы оценки применять, какие показатели считать значимыми, каким образом обрабатывать данные и т.д.

**Целью исследования** стала разработка научно обоснованных предложений по повышению эффективности расходов системы здравоохранения. В статье отражены рекомендации с учетом ранее проведенного анализа финансового обеспечения сферы здравоохранения в российских регионах. В рамках предварительной оценочной работы проведен анализ и обобщение опыта

субъектов Российской Федерации в сфере финансового обеспечения системы здравоохранения, который позволил определить основные проблемы и направления для дальнейшего совершенствования системы.

### Материалы и методы исследования

В ходе исследования использовался комплексный подход по расчету двадцати показателей, характеризующих состояние государственных расходов на здравоохранение, уровень социального эффекта, плотности сети и интенсивности использования учреждений системы здравоохранения, были использованы статистические и эконометрические методы обработки данных [4, с. 552]. Теоретическая часть заключалась в изучении нормативно-правовых актов, регулирующих показатели деятельности в сфере здравоохранения, а также анализе лучшей практики зарубежных стран. Эмпирическую основу авторского анализа составляли данные бюджетов Федерального фонда обязательного медицинского страхования, расходов консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации на услуги здравоохранения, материалы Росстата по оплате труда медицинских работников, рождаемости, заболеваемости, смертности и другие.

Особое внимание уделено использованию метода анализа экономической эффективности (далее – АЭЭ) на этапе планирования расходов, которое может помочь повышению эффективности использования финансовых ресурсов. Проверка работоспособности АЭЭ на одном или нескольких учреждениях или субъектах позволит выявить возможные недоработки и ошибки данного метода, оценить степень целесообразности его использования, затрачивая на это минимум ресурсов, произвести, при необходимости, корректировки в выбранных показателях и т.д.

### Результаты исследования и их обсуждение

Чтобы ответить на вопрос как повысить эффективность расходов бюджета на сферу здравоохранения нужно изучить, что именно в сфере здравоохранения обладает низкой эффективностью и как это определить.

В законодательстве Российской Федерации показатели группируются в три группы:

1 группа – показатели федерального уровня, отражены в ежегодной «Программе государственных гарантий бесплатного

оказания гражданам медицинской помощи». Также показатели эффективности отражаются в государственной программе «Развитие здравоохранения» [4, с. 554].

2 группа – показатели уровня субъектов Российской Федерации, описаны в VIII разделе Программы государственных гарантий, а также территориальных программах государственной программы региона.

3 группа – показатели медицинских учреждений, регулируются приказами Минздрава России.

Необходимо отметить, что в Программе государственных гарантий федерального уровня нет показателей и индикаторов, характеризующих эффективность использования всех ресурсов здравоохранения, за исключением отдельных показателей, отражающих состояние коечного фонда и трудовых ресурсов. Частично в территориальных программах, такие индикаторы присутствуют [2, с. 31].

В государственной программе «Развитие здравоохранения» большая часть целевых показателей и индикаторов перечня не совпадает с Программой государственных гарантий. Аналогичная ситуация складывается в большинстве региональных программ. Так, например, отсутствуют показатели оценки эффективности использования ресурсов.

Следовательно, наблюдается отсутствие в нормативных правовых актах, показателей для оценки медицинской результативности и экономической эффективности системы здравоохранения в целом и отдельных медицинских учреждений в частности. При этом, необходимо отметить, что большинство показателей на федеральном и региональном уровнях формируются Федеральной службой государственной статистики и Министерством здравоохранения Российской Федерации и ежегодно публикуются в соответствующих сборниках.

При расчете эффективности расходов бюджетов на оказание услуг в здравоохранении отечественные авторы используют лишь оценочные методики анализа. В зарубежной практике используются более сложные математические методы, в частности метод построения стохастической границы DEA и метод анализа среды функционирования SFA [7, с. 10]. Эти методы появились порядка 30 лет назад и с тех пор непрерывно развиваются.

Согласно данным Минфина России, Федерального казначейства, Росстата, общие расходы на здравоохранение в России за по-

следнее десятилетие составляли 3,4-3,6% от внутреннего валового продукта (далее – ВВП) [1, с. 356] При этом, согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения, уровень государственных расходов на услуги в сфере здравоохранения должен быть не менее 6% от ВВП [9, 10].

Необходимо отметить, что Российская Федерация в сравнении с развитыми странами по объему социальных обязательств и характеру демографических процессов, все-таки уступает большинству развитых стран по производительности труда, экономическому развитию, качеству инвестиционного климата и, что немаловажно, по качеству и эффективности государственного управления [1, с. 358].

Кроме того, Российская Федерация объективно не может иметь бюджетные расходы на здравоохранение по отношению к ВВП на уровне развитых стран, поскольку налоговая нагрузка в нашей стране находится на уровне среднеразвитых стран. Опыт зарубежных стран говорит о том, что чем выше экономическое развитие страны, тем большую налоговую нагрузку может установить государство на свое население. Так, в среднем по странам-участникам ОЭСР уровень изъятий в бюджетную систему со-

ставляет порядка 34,5%, а по некоторым отдельным странам около 40%. В Российской Федерации этот уровень, без учета нефтегазовых доходов, значительно меньше – около 25% [5, с. 69].

Таким образом, возможность увеличения государственных расходов на услуги здравоохранения от ВВП появится только тогда, когда Россия выйдет на траекторию устойчивого экономического роста, на что, при нынешней обстановке в стране и в мире при последствиях пандемии коронавируса COVID-19, текущих и последующих финансовых потерях, надеяться в ближайшее время не приходится [6, с. 29].

В ситуации, когда наращивание государственных расходов на услуги здравоохранения в абсолютном выражении невозможно, а необходимые затраты для оказания медицинской помощи населению растут, вопрос повышения эффективности бюджетных расходов стоит наиболее остро [4, с. 553].

В рамках изучения лучшей практики, остановимся на методе анализа показателей экономической эффективности в развитых странах с государственным финансированием здравоохранения, в частности это – Австралия, Канада и некоторые европейские страны [7, с.12].

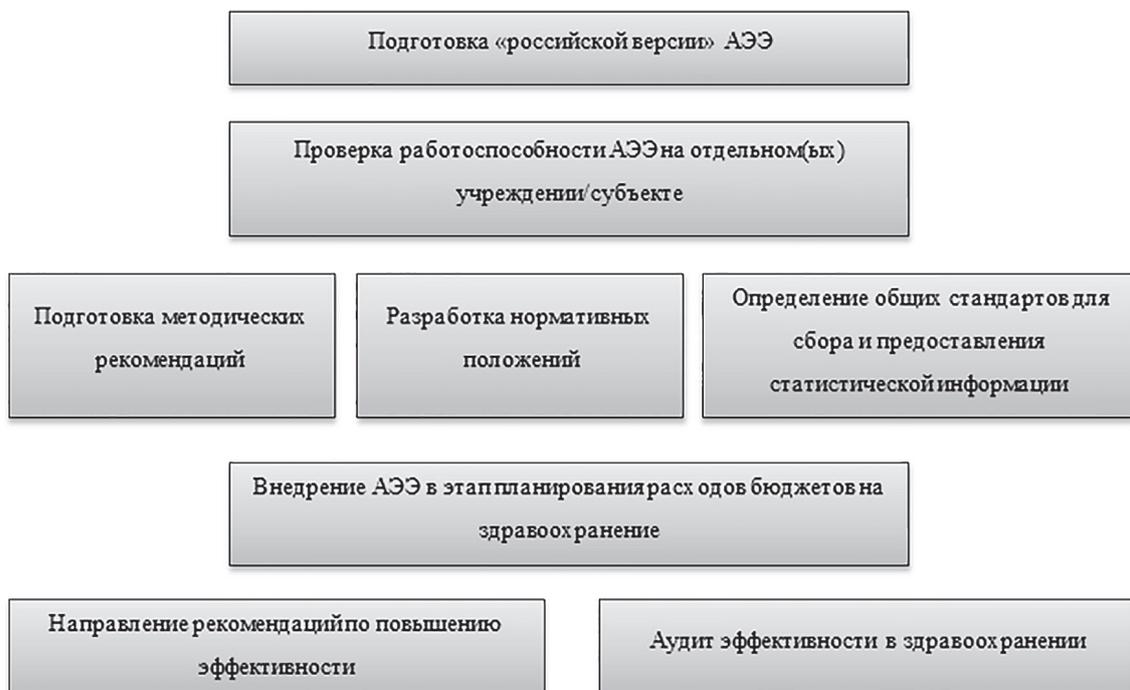


Схема внедрения АЭЭ в этап планирования бюджетных расходов субъектов Российской Федерации на здравоохранение

В общем виде АЭЭ – это способ определения оптимального использования доступных ограниченных ресурсов для оказания медицинской помощи [3, с. 110]. В качестве основополагающего принципа выступает выбор наилучшего перечня услуг в условиях ограниченности ресурсов для получения максимального соотношения цены и качества [11]. При этом способ, с некоторыми оговорками, применим как на макро-, так и на микро- уровнях [8].

На основе изученного опыта зарубежных стран и выявленных отклонений в отечественной региональной практике, возможно разработать следующий порядок внедрения АЭЭ в России, при условии подготовки методической, правовой и информационной баз (рисунок).

Под подготовкой «русской версии» АЭЭ понимается адаптация методики АЭЭ под российские реалии с учетом аспектов присутствующих или, напротив, отсутствующих в России по сравнению с другими странами, использующими данную методику, определение показателей для первичного анализа. Так, рекомендовано анализировать не менее 20-ти показателей, которые напрямую или косвенно влияют на достижение целевых индикаторов госпрограммы «Развитие здравоохранения» [4] и в целом достижения национальных целей, поставленных Президентом Российской Федерации, а именно цели «Сохранение населения, укрепление здоровья и повышение благополучия людей, поддержка семьи». Например, показатель «повышение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет к 2030 году» является одним из основных показателей для определения эффективности системы здравоохранения. Он определяет среднее число лет, которое может прожить один человек, при условии, что на протяжении всей его жизни смертность во всех возрастных группах останется такой же, как в году, для которого рассчитан показатель:

$$i1_{\text{субъекта}} = \frac{\text{Чел} - l_{\text{субъекта}}}{\text{ЧД}_{\text{субъекта}}},$$

где Чел –  $l_{\text{субъекта}}$  – число человеко-лет, которое предстоит прожить до данного возраста в соответствующем регионе России;

$\text{ЧД}_{\text{субъекта}}$  – число доживших до данного возраста в соответствующем регионе России [4, с. 554].

Другой показатель – это снижение младенческой смертности к 2030 году до 3,9 случая на 1000 родившихся живыми. Развитие медицины позволяет снижать смертность в младенческом возрасте, что повышает показатель средней продолжительности жизни. Коэффициент младенческой смертности является обратным показателем: чем он меньше, тем более развита система здравоохранения. Рассчитывается коэффициент следующим образом:

$$i2_{\text{субъекта}} = \frac{n_{\text{субъекта}}}{M_{\text{субъекта}}} \times 100,$$

где  $n$  – количество (человек) детей умерших за календарный год в возрасте до года в соответствующем регионе России;

$M$  – количество (человек) родившихся живыми в календарном году в соответствующем регионе России [4, с. 555].

Разработка нормативных положений включает в себя законодательное закрепление АЭЭ, как способа оценки эффективности системы здравоохранения, закрепление показателей эффективности, необходимых для целей АЭЭ, при этом не должно быть ситуации, когда перечни показателей программы «Развитие здравоохранения» и Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи не совпадают.

Общие стандарты сбора статистической информации необходимы, поскольку достоверность АЭЭ во многом будет зависеть от качества исходных данных. Стандарт предоставления, в свою очередь, необходим, поскольку для проведения АЭЭ требуется анализ больших объемов данных. Целесообразнее иметь единые стандарты оформления, сортировки и ранжирования данных на этапе их формирования, чтобы затем не приходилось выполнять двойную работу, приводя массивы данных к единому виду. В частности, можно привести в пример несоответствие расположения субъектов Российской Федерации в составе Федеральных округов в отчетах об исполнении бюджетов и аналогичных данных из статистических сборников Федеральной службы государственной статистики.

Таким образом, после осуществления вышеописанных мер, становится возможным внедрение АЭЭ в этап планирования бюджетных расходов на здравоохранение на всех уровнях бюджетной системы. Оп-

тимальным вариантом будет формирование аналитической группы, состоящей из специалистов в области медицинской статистики и специалистов, умеющих анализировать большие объемы данных (BigData) [6, с. 30]. В случае, если АЭЭ докажет свою эффективность при планировании расходов на здравоохранение, то его можно и нужно внедрять в бюджетную систему, предварительно подготовив основу в виде методологических рекомендаций и нормативных положений.

Возможно, создание множества аналитических групп по отдельным федеральным округам или субъектам Российской Федерации. Данная аналитическая группа, получая и анализируя данные по методу АЭЭ, будет давать рекомендации для планирования бюджетов на здравоохранение в соответствующие органы, а также рекомендации по повышению эффективности здравоохранения главам субъектов Российской Федерации, главам муниципальных образований, и, возможно, руководителям отдельных учреждений здравоохранения.

Нормативно-правовая база и сбор показателей эффективности даст толчок развитию аудита эффективности в сфере здравоохранения. У контрольных органов появится дополнительный инструмент контроля учреждений здравоохранения. Внедрение аудита эффективности позволит повысить качество управления ресурсами в государственных учреждениях здравоохранения [7, с. 35].

### Заключение

Таким образом, использование современных методов анализа данных может помочь расходовать государственные средства на здравоохранение более эффективно. Анализ экономической эффективности, при правильном применении, способен повысить эффективность финансирования медицинских услуг, как на макро-, так и на микро- уровнях. Конечно, нельзя считать данный инструмент универсальным способом решения всех проблем здравоохранения. Во-первых, помимо недостаточной эффективности использования ресурсов в системе здравоохранения множество иных проблем: дефицит квалифицированных кадров, низкий уровень мотивации работников данной сферы и т.д.

Во-вторых, для его использования нужно провести целый комплекс предварительных действий, а после внедрения – уметь

правильно использовать результаты полученного анализа. Однако, несмотря на все трудности, при успешном использовании АЭЭ, становится мощным инструментом повышения эффективности бюджетного финансирования и в перспективе ему можно найти применение и в других отраслях социально-культурной сфере, например, в образовании.

В целях совершенствования существующего финансового механизма предлагается постепенное внедрение механизма анализа экономической эффективности.

Во-первых, в последние годы создан и внедрен комплекс мероприятий по реструктуризации системы оказания медицинской помощи и повышению ее эффективности, проведена модернизация системы обязательного медицинского страхования.

В-вторых, существующая система финансирования расходов на здравоохранение – одноканальная. Это значит, что все средства для финансирования услуг сферы здравоохранения проходят по одному каналу через территориальные фонды обязательного медицинского страхования в форме субвенций из Федерального фонда обязательного медицинского страхования. Появившись, как пилотный проект в 2007-2008 годах, такая система финансирования доказала свою эффективность [2, с. 356].

В-третьих, другим источником финансового обеспечения здравоохранения, в основном направленным на его развитие, являются региональные программы развития здравоохранения. В рамках проведенного ранее анализа выявлено следующее. Расходы на душу населения в регионах, не входящие в Европейскую часть Российской Федерации, значительно выше агрегированных данных по Российской Федерации. Это обуславливается территориальной отдаленностью, природно-климатическим фактором, от чего возникает сложность в получении отдельных медицинских услуг, которые требуются населению. В каждом регионе выявлены уникальные проблемы, требующие немедленного вмешательства и решения. Несмотря на различия в динамике расходов и состоянии медицинской инфраструктуры, общим трендом является рост численности застрахованных лиц и оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Таким образом, результаты анализа стали основанием для разработки рекомендаций в рамках повышения эффективности

регионального финансирования системы здравоохранения. Конкретно предлагается постепенное внедрение механизма анализа экономической эффективности. При правильном применении он способен повысить эффективность финансирования медицинских услуг, как на макро-, так и на микроуровнях. Вводить данный инструмент предлагается поэтапно, сначала протестировав его в отдельных учреждениях здравоохра-

нения, затем, охватив всю систему здравоохранения в отдельных субъектах Российской Федерации. В случае успешного применения, можно внедрять АЭЭ повсеместно, предварительно разработать методическую, правовую и информационную базу, исходя из специфических объективных факторов территориальной расположенности, природно-климатических условий и в целом развития регионов.

*Библиографический список*

1. Балынин И.В. Финансовое обеспечение здравоохранения в Российской Федерации в 2008-2020 гг. // Аудит и финансовый анализ. 2015. № 1. С. 355-359. EDN: TJTAUH. URL: [https://auditfin.com/fin/2015/1/fin\\_2015\\_11\\_rus\\_08\\_01.pdf](https://auditfin.com/fin/2015/1/fin_2015_11_rus_08_01.pdf) (дата обращения: 15.03.2025).
2. Белов Р.О. Основы финансового обеспечения государственных гарантий бесплатной медицинской помощи в России // Аудиторские ведомости. 2022. № 2. С. 30-35. DOI: 10.24412/1727-8058-2022-2-30-35.
3. Бударина Ю.В. Предпосылки внедрения метода DEA в практику московского здравоохранения на основе изучения зарубежного и российского опыта // Здоровье мегаполиса. 2024. Т. 5, Вып. 3. С. 106–117. DOI: 10.47619/2713-2617.zm.2024.v.5i3;106–117.
4. Ханова Л.М., Левадный А.Д., Терехова Т.Б. Эффективность расходов на медицинские услуги в регионах России // Экономика и предпринимательство. 2020. № 7 (120). С. 552-557. DOI: 10.34925/EIP.2020.120.7.113.
5. Ханова Л.М. Как работает система оказания медицинской помощи россиянам: ожидания и реальность // Самоуправление. 2021. № 5 (127). С. 68-72. EDN: UKWQYR. URL: <https://samupr.mosveo.ru/wp-content/uploads/2022/01/dajdzhest-5-2021.pdf> (дата обращения: 15.03.2025).
6. Шишкин С.В. Эволюция и перспективы системы обязательного медицинского страхования в России // Экономическая политика. 2023. Т. 18. № 1. С. 8–33. DOI: 10.18288/1994-5124-2023-1-8-33.
7. Шишкин С.В., Шейман И.М., Алмазов А.А., Бирюкова А.И., Власов В.В., Потапчик Е.Г., Сажина С.В., Салахутдинова С.К. Российское здравоохранение: перспективы развития. Доклад НИУ ВШЭ / Под общ. ред.: С.В. Шишкин. М.: Издательский дом НИУ ВШЭ, 2024. ISBN 978-5-7598-2986-7.
8. Shishkin S., Sheiman I., Potapchik E., Vlassov V., Svetlana Sazhina The impact of centralization on structural changes in healthcare: when it works // *Frontiers in Health Services*. 2025. Vol. 5. Article 1484225. DOI: 10.3389/frhs.2025.1484225.
9. Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения <http://www.who.int/ru> (дата обращения: 16.03.2025).
10. The World Bank. World Development Indicators. URL: <https://datatopics.worldbank.org/world-development-indicators/themes/people.html> (дата обращения: 16.03.2025).
11. VBHC – Value-Based HealthCare // Построение отношений: как медицинские вопросы могут способствовать улучшению здравоохранения, август, 2024. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.executiveinsight.ch/en/insights/publications/building-relationships-how-medical-affairs-can-advance-healthcare-improvement> (дата обращения: 16.03.2025).