ЯШИНА Надежда Игоревна

Доктор экономических наук, профессор,
заведующая кафедрой финансов и кредита

Нижегородский государственный университет им. Н. И. Лобачевского

603950, РФ, г. Нижний Новгород, пр. Гагарина, 23

Контактный телефон: (831) 430-28-54

e-mail: unn@unn.ru

ХАНСУВАРОВА Евгения Адольфовна

Аспирант кафедры финансов и кредита

Нижегородский государственный университет им. Н. И. Лобачевского

603950, РФ, г. Нижний Новгород, пр. Гагарина, 23

Контактный телефон: (831) 430-28-54

e-mail: unn@unn.ru

ЯШИН Константин Сергеевич

Аспирант кафедры финансов и кредита

Нижегородский государственный университет им. Н. И. Лобачевского

603950, РФ, г. Нижний Новгород, пр. Гагарина, 23

Контактный телефон: (831) 430-28-54

e-mail: unn@unn.ru

Оценка эффективности реализации государственных программ в области здравоохранения (на примере Приволжского федерального округа)

Эффективность здравоохранения заключается в восстановлении здоровья главной составной части производительных сил общества – человека, способствуя снижению заболеваемости, росту производительности труда, продлению трудоспособного периода. В статье с помощью методов экономического, системного анализа и математической статистики исследовано состояние отрасли здравоохранения в Приволжском федеральном округе. Учтена различная значимость показателей системы оценки с применением метода экспертного ранжирования показателей (правило точечных оценок Фишберна). Предложенная методика расчета общего результирующего стандартизованного индекса позволила оценить эффективность реализации Государственной программы «Развитие здравоохранения на 2013–2020 годы» в субъектах Приволжского федерального округа, выделить субъекты, реализующие эффективную стратегию управления в отрасли здравоохранения. Данная методика может использоваться не только для балльной оценки результирующего стандартизованного индекса здравоохранения в субъектах, но и состояния отрасли в стране.

JEL classification: G28, I00

Ключевые слова: государственная программа; эффективность; целевой индикатор; метод стандартизации; общий результирующий стандартизованный индекс.

Введение

Здравоохранение является одной из ведущих отраслей, которая играет важную роль в каждой стране. Человеческий капитал – основа любой экономики, поэтому важно его сохранять и преумножать. Каждое государство по-своему расставляет приоритеты и ведет политику в области охраны здоровья. Характер и путь развития системы здравоохранения определяются как уровнем экономического развития страны, так и ее финансовыми возможностями.

В последние годы вопросы сохранения здоровья россиян, повышения доступности и качества медицинской помощи определены в числе важнейших приоритетов государства [11; 12; 14; 17].

В Стратегии развития России до 2020 года и Концепции демографической политики до 2025 года поставлены задачи по снижению смертности населения (в 1,5 раза) и увеличению продолжительности жизни (до 75 лет). Решение этих задач тесно связано с Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года, с государственной политикой, направленной на приоритетное обеспечение населения первичной медико-санитарной помощью, в которой основной формой организации является многопрофильная поликлиника [18].

Главной целью Концепции стала апробация нового метода управления государственными расходами, в результате которого контроль расходования бюджетных средств начал осуществляться на основе оценки достижения количественных и качественных показателей [6]. Министерства и ведомства стали отчитываться не за расходы, а за достижение конкретных показателей (снижение смертности, заболеваемости, увеличение рождаемости). Это потребовало разработки специальной системы показателей, которой занимались С. А. Мартынчик, В. А. Полесский, В. Г. Запороженко, Е. А. Мартынчик. Система показателей характеризовала степень достижения целей и выполнения задач, поставленных перед каждым лечебно-профилактическим учреждением (ЛПУ) – субъектом бюджетного планирования [13].

При рассмотрении современных тенденций экономического анализа медицинских организаций принципиально важным стало то, что изменился не только инструментарий, но и его методологическая основа [7]. К примеру, термин «эффективность» претерпел ряд существенных изменений: появившись первоначально в экономической литературе, он приобрел междисциплинарный характер. На это указывают как западные ученые, считая, что «...новые концепции „эффективности“ и „производительности“ еще только предстоит выработать и научиться измерять» [5; 8], так и отечественные, считающие, что в настоящее время пересматриваются показатели эффективности, вся система взглядов на ее достижение.

Кроме этого, следует отметить, что актуализация внимания к проблеме эффективности здравоохранения произошла на фоне нового этапа системных преобразований отрасли, направленных на модернизацию [15], повышение доступности медицинской помощи [1], изменение парадигмы деятельности медицинского учреждения «с концепции выживания на концепцию стабилизации и развития» [3].

Такая взаимосвязь управления с развитием привела к необходимости разработки системы индикативных показателей [9], критериев, характеризующих развитие и существенные изменения в деятельности медицинского учреждения [10], а от современной системы оценки потребовалась информация, содержащая характеристику в долгосрочном периоде [2]. Система включила интегральный показатель интеллектуализации производства медицинской помощи, показатель минимально необходимого объема финансирования ЛПУ, показатель мотивации трудовой деятельности медицинских работников, показатель удовлетворенности пациентов качеством оказанной медицинской помощи, интегральный показатель инновационной деятельности ЛПУ.

Повышение эффективности управления здравоохранением на всех уровнях, особенно непосредственно в медицинских учреждениях, является актуальной научно-практической проблемой реформирования отрасли. Эффективность здравоохранения заключается в восстановлении здоровья главной составной части производительных сил общества – человека, способствуя снижению заболеваемости, росту производительности труда, продлению трудоспособного периода.

В целом эффективность здравоохранения выражается как степень его влияния и воздействия на сохранение и улучшение здоровья населения, что способствует повышению производительности труда, уменьшению расходов на здравоохранение и на социальное обеспечение [16].

В целях увеличения продолжительности жизни населения, укрепления его здоровья и снижения смертности от наиболее значимых заболеваний на основе обеспечения доступности медицинской помощи и повышения эффективности медицинских услуг Правительство РФ разработало Государственную программу «Развитие здравоохранения»¹. В связи с этим реализация государственных целевых, региональных программ модернизации здравоохранения способствовала развитию ресурсной базы медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях [4].

Целью данной работы является разработка методики, позволяющей оценить степень реализации Государственной программы «Развитие здравоохранения» (далее – Госпрограмма) по субъектам ПФО с помощью общего результирующего стандартизованного индекса.

Разработка методики оценки эффективности государственных программ в области здравоохранения

С помощью методов экономического, системного анализа и математической статистики исследовалось состояние реализации Государственной программы «Развитие здравоохранения» по субъектам Приволжского федерального округа. Авторами разработана методика комплексной оценки эффективности реализации Государственной программы «Развитие здравоохранения» по субъектам Приволжского федерального округа (ПФО) на основе существующих целевых индикаторов, показателей и объемов финансирования Программы.

На I этапе методики – подготовительном – рассмотрим целевые индикаторы Госпрограммы. В нашем случае для проведения процесса стандартизации показателей целевые индикаторы можно классифицировать в зависимости от направления их воздействия на комплексную социальную и экономическую ситуацию в отрасли здравоохранения. Существуют целевые индикаторы, рост которых ведет к ухудшению (чем меньше значение коэффициента, тем лучше). Назовем их «нисходящие целевые индикаторы». Рост других ведет к улучшению (чем больше значение индикатора, тем лучше). Назовем их «восходящие целевые индикаторы». Отсюда возникают два целевых направления для реализации Программы – увеличение одних индикаторов и уменьшение других.

На II этапе методики – расчетном – определим стандартизованные целевые индикаторы по субъектам ПФО. При изучении отрасли здравоохранения в научных или практических целях нередко приходится доказывать влияние факторных признаков на результативные, сравнивая две или более совокупности. При сравнении двух неоднородных совокупностей по какому-либо признаку (составу) применяются методы стандартизации. В теории метод стандартизации используется для оценки влияния фактора неоднородности составов совокупностей по какому-либо признаку на различия сравниваемых интенсивных показателей. Он позволяет устранить возможное влияние различий

¹ Постановление Правительства РФ от 15 апреля 2014 г. № 294 «Об утверждении Государственной программы Российской Федерации „Развитие здравоохранения“».

в составе совокупностей по какому-либо признаку на величину сравниваемых интенсивных показателей. С этой целью составы совокупностей по данному признаку уравниваются, что в дальнейшем позволяет рассчитать стандартизованные показатели.

Стандартизованные показатели – это условные гипотетические величины, не отражающие истинных размеров явлений. Стандартизованные показатели свидетельствуют о том, каковы были бы значения сравниваемых интенсивных показателей, если бы были исключены различия в составах совокупностей.

Суть стандартизации заключается в том, что в процессе оценки экономических и социальных показателей в странах рассчитанные данные могут иметь разную размерность, порядок величины, весомость. Требование комплексности в оценке стран по совокупности показателей делает необходимым приведение их к безразмерному виду, к общему началу отсчета, к единому интервалу изменения. Этого можно добиться используя метод, базирующийся на линейном преобразовании исходных показателей [19].

1. Формируем стандартизованные показатели по формулам:

- группа «восходящие целевые индикаторы»

$$Ind_{ij}^{*+} = 0,5 \times \left(1 + \frac{Ind_{ij}}{\overline{Ind_{ij}}} \right); \quad (1)$$

- группа «нисходящие целевые индикаторы»:

$$Ind_{ij}^{*-} = 0,5 \times \left(1 + \frac{Ind_{ij}}{\overline{Ind_{ij}}} \right), \quad (2)$$

где Ind_{ij} – расчетное значение i -го индикатора социальных и экономических показателей в Государственной программе в j -м субъекте; Ind_{ij}^{*-} (Ind_{ij}^{*+}) – стандартизованный показатель i -го индикатора социальных и экономических показателей в Государственной программе «Развитие здравоохранения» в j -м субъекте; $\overline{Ind_{ij}}$ – среднее значение (пробегаая все значения) по ПФО.

Конструкция формул (1) и (2) весьма прозрачна: сначала значение показателя делится на среднее возможное по модулю значение целевого индикатора $\frac{Ind_{ij}}{\overline{Ind_{ij}}}$ (при этом область изменения сокращается), затем смещается в положительном направлении на единицу и делится пополам, получая окончательно интервал изменения.

2. После стандартизации производится составление двух индексов:

$$I_{\text{общий восходящий стандартизованный индекс}} \text{ и } I_{\text{общий нисходящий стандартизованный индекс}},$$

которые характеризуют Государственную программу «Развитие здравоохранения» в субъектах ПФО.

3. Для расчета общих стандартизованных индексов необходим учет значимости стандартизованных показателей. Это следует из того, что одни показатели являются для здравоохранения более предпочтительными, а другие – менее. Для этого часто применяют правило точечных оценок Фишберна (3):

$$r_i^N = \frac{2(N - i + 1)}{N(N + 1)}, \quad (3)$$

где r_i^N – вес i -го показателя; N – число показателей в системе оценки социальных или экономических процессов; i – порядковый номер группы показателей.

Чтобы воспользоваться точечными оценками, необходимо упорядочить набор стандартизованных показателей, начиная с самого весомого. Тогда i будет порядковым номером показателя в списке. Для оценки уровня все показатели нужно расположить по порядку убывания значимости так, чтобы выполнялось правило

$$r_1 \geq r_2 \geq r_N \quad (4)$$

Бесспорно, социальное развитие общества, повышение народного благосостояния, улучшение качества и доступности здравоохранения являются главными целями общественного производства и основой государственной политики. К сожалению, объективно определить важность коэффициентов группы социальных показателей, не улавлив веса того или иного критерия, представляется проблематичным [20]. Этот вопрос является дискуссионным и трудно формализуемым с точки зрения значимости каждого показателя. Однако в целях эксперимента в данной работе правило точечных оценок Фишберна будет применено для расчета индексов:

$$I_{\text{общий восходящий стандартизованный индекс}} = \sum_{i=1}^N |Ind_{ij\text{соц}}^+ \times r_i^N|; \quad (5)$$

$$I_{\text{общий нисходящий стандартизованный индекс}} = \sum_{i=1}^N |Ind_{ij\text{эк}}^- \times r_i^N|. \quad (6)$$

Чем выше значение $I_{\text{общий восходящий стандартизованный индекс}}$ и чем ниже значение $I_{\text{общий нисходящий стандартизованный индекс}}$, тем более эффективно работает система здравоохранения в рассматриваемом субъекте.

4. Для полной и корректной оценки эффективности реализации Государственной программы «Развитие здравоохранения» в субъектах ПФО нужен единый результирующий стандартизованный индекс, включающий в себя значения восходящих и нисходящих целевых индикаторов Государственной программы, на одинаковой основе. Для данного расчета нужно применить преобразование, имеющее тем большее значение, чем более сбалансированы входящие в него индексы. Существует неограниченное количество таких преобразований, мы применим наиболее простое – среднее геометрическое. Таким образом, результирующий стандартизованный индекс оценки эффективности реализации Государственной программы будет рассчитываться по формуле

$$I_{\text{общий результирующий стандартизованный индекс}}^* = \sqrt{I_{\text{общий восходящий стандартизованный индекс}} \times I_{\text{общий нисходящий стандартизованный индекс}}}. \quad (7)$$

Значение рассчитанного по формуле (7) результирующего стандартизованного индекса является монотонной функцией эффективности реализации Государственной программы «Развитие здравоохранения», что позволяет однозначно оценить проводимую в отдельно взятом субъекте политику.

На третьем этапе методики – результирующем – проведем балльную оценку эффективности реализации Государственной программы «Развитие здравоохранения» по субъектам ПФО.

Чем выше значение $I_{\text{общий результирующий стандартизованный индекс}}^*$, тем более эффективно реализуется Государственная программа «Развитие здравоохранения» в конкретном субъекте.

Рассмотрим применение разработанной методики оценки эффективности государственных программ в области здравоохранения на практике (табл. 1–3).

Показатели формировались по данным Государственной программы «Развитие здравоохранения» по субъектам ПФО.

Результаты стандартизации целевых индикаторов, характеризующих отрасль здравоохранения в исследуемых субъектах ПФО, представлены в табл. 2 и 3.

Таблица 1

**Классификация целевых индикаторов Государственной программы
«Развитие здравоохранения» по ПФО**

Нисходящие целевые индикаторы	Восходящие целевые индикаторы
Смертность от всех причин	Обеспеченность врачами
Материнская смертность	Соотношение врачей и среднего медицинско-го персонала
Младенческая смертность	Средняя заработная плата врачей и работ-ников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих пре-доставление медицинских услуг), от средней заработной платы в регионе
Смертность от болезней системы кровообра-щения	Средняя заработная плата среднего медицин-ского персонала (персонала, обеспечивающе-го условия для предоставления медицинских услуг) от средней заработной платы в регионе
Смертность от дорожно-транспортных про-исшествий	Средняя заработная плата младшего медицин-ского персонала (персонала, обеспечивающе-го условия для предоставления медицинских услуг) от средней заработной платы в регионе
Смертность от новообразований (в том числе злокачественных)	Ожидаемая продолжительность жизни
Смертность от туберкулеза	Финансирование за счет всех источников
Потребление алкогольной продукции (в перерасчете на абсолютный алкоголь)	
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	
Распространенность потребления табака среди детей и подростков	
Заболеваемость туберкулезом	

Для стандартизованных нисходящих целевых индикаторов при расчете получаем следующие значения r_i^N :

Смертность от всех причин	0,17
Материнская смертность	0,15
Младенческая смертность	0,14
Смертность от болезней системы кровообращения	0,12
Смертность от дорожно-транспортных происшествий	0,11
Смертность от новообразований	0,09
Смертность от туберкулеза	0,08
Потребление алкогольной продукции	0,05
Распространение потребления табака среди взрослого населения	0,02
Распространение потребления табака среди детей и подростков	0,03
Заболеваемость туберкулезом	0,06

Для стандартизованных восходящих целевых индикаторов при расчете получаем следующие значения r_i^N :

Обеспеченность врачами	0,18
Соотношение врачей и среднего медицинского персонала	0,14
Средняя заработная плата врачей и работников медицинских организаций от средней заработной платы в регионе	0,11

Средняя заработная плата среднего медицинского персонала	
от средней заработной платы в регионе	0,07
Средняя заработная плата младшего медицинского персонала	
от средней заработной платы в регионе	0,04
Увеличение ожидаемой продолжительности жизни	0,25
Финансирование за счет всех источников	0,21

Проведем балльную оценку эффективности реализации Государственной программы «Развитие здравоохранения» по субъектам ПФО (см. рисунок).

Балльная оценка эффективности реализации Государственной программы «Развитие здравоохранения» по субъектам ПФО

Наивысший балл получают Оренбургская область и Пермский край. В системе здравоохранения Оренбургской области функционируют 123 медицинских организации, в том числе 110 ЛПУ, 6 учреждений особого типа, 7 образовательных учреждений. В состав 110 ЛПУ входят 86 больниц, 13 амбулаторно-поликлинических учреждений, 5 станций скорой медицинской помощи, 2 санатория, 1 молочная кухня, 1 станция переливания крови, 2 дома ребенка. Из них:

- муниципального подчинения – 73 ЛПУ (60 больниц, 7 амбулаторно-поликлинических учреждений, 5 станций скорой медицинской помощи, 1 молочная кухня);
- подчинения субъекта – 36 ЛПУ (25 больниц, 6 амбулаторно-поликлинических учреждений, 2 санатория, 1 станция переливания крови, 2 дома ребенка);
- федерального подчинения – 2 учреждения (ФГБУ «МНТК „Микрохирургия глаза имени академика С. Н. Федорова“», ГБОУ ВПО «ОрГМА»).

К выполнению Программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам Российской Федерации¹ привлечено 177 организаций, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, в том числе 30 иных форм собственности.

В области организуется трехуровневая система оказания медицинской помощи с регионализацией специализированной медицинской помощи и маршрутизацией пациентов в межтерриториальные медицинские центры (19 учреждений здравоохранения) и в учреждения первого уровня на основании утвержденных схем маршрутизации по

¹ Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями).

Таблица 2

Результаты стандартизации нисходящих целевых индикаторов за 2015 г. в субъектах ПФО

Субъект РФ	Нисходящие целевые индикаторы										
	Смертность от всех причин	Материнская смертность	Младенческая смертность	Смертность от болезней системы кровообращения	Смертность от ДТП	Смертность от новорожденных	Смертность от туберкулеза	Потребление алкогольной продукции	Распространение потребления табака среди взрослого населения	Распространение потребления табака среди детей и подростков	Заболеваемость туберкулезом
Нижегородская область	-1,03193	-0,84434	-1,00897	-1,03377	-0,88435	-1,04925	-0,9584	-0,92935	-0,99756	-0,96682	-0,86872
Республика Башкортостан	-0,98391	-0,73107	-1,00897	-0,9113	-1,14286	-0,88865	-1,02851	-1,0000	-1,30946	-0,6914	-0,8933
Кировская область	-1,05778	-1,34272	-0,95609	-1,13034	-1,04422	-1,05745	-0,94761	-1,15217	-1,08668	-0,85012	-1,02674
Республика Марий Эл	-1,00237	-0,99838	-1,01558	-0,96133	-0,93878	-0,9458	-0,85054	-1,17391	-0,93072	-1,87713	-1,01796
Республика Мордовия	-1,00607	-1,089	-1,01558	-0,97274	-0,9932	-0,9876	-0,76425	-0,85326	-0,97528	-0,76375	-0,96529
Оренбургская область	-0,96913	-1,25663	-1,11473	-0,99939	-1,0000	-1,08205	-0,90986	-1,06522	-0,83121	-0,6914	-1,24885
Пензенская область	-1,0467	-0,98932	-1,00236	-1,11449	-1,02721	-1,04184	-0,85054	-0,94022	-0,94558	-0,77076	-0,90734
Пермский край	-1,00976	-1,22039	-1,0288	-1,02352	-1,23469	-1,02332	-1,26579	-0,90761	-1,01538	-1,20724	-1,05308
Самарская область	-0,98021	-0,86246	-1,00897	-0,97274	-0,83333	-1,03443	-1,25501	-0,90761	-0,96785	-1,09053	-1,05659
Саратовская область	-1,02084	-1,17055	-0,95609	-0,96823	-0,93537	-0,99448	-1,1094	-1,11957	-1,04954	-0,96682	-0,98074
Республика Татарстан	-0,93588	-0,97573	-0,91643	-0,94766	-1,10884	-0,98311	-0,82897	-1,0163	-1,03469	-1,10687	-0,91261
Республика Удмуртия	-0,95805	-0,86246	-1,08168	-0,95859	-0,91837	-0,94051	-1,21186	-1,13043	-1,054	-0,96682	-1,05044
Ульяновская область	-1,02454	-0,87605	-1,05524	-1,0989	-0,92517	-1,09343	-1,16872	-0,90761	-0,96043	-1,08353	-1,02937
Республика Чувашия	-0,97282	-0,78091	-0,8305	-0,90699	-1,01361	-0,87807	-0,85054	-0,89674	-0,84161	-0,96682	-0,98899

Таблица 3

Результаты стандартизации восходящих целевых индикаторов за 2015 г. в субъектах ПФО

Субъект РФ	Восходящие целевые индикаторы						
	Обеспеченность врачами	Соотношение врачей и среднего медицинского персонала	Средняя заработная плата врачей и работников медицинских организаций от средней заработной платы в регионе	Средняя заработная плата среднего медицинского персонала от средней заработной платы в регионе	Средняя заработная плата младшего медицинского персонала от средней заработной платы в регионе	Увеличение ожидаемой продолжительности жизни	Финансирование за счет всех источников
Нижегородская область	0,959513	1,030764	0,992806	0,994988	0,974034	0,997085	1,706112
Республика Башкортостан	1,036557	0,973896	1,038489	0,992437	0,994391	0,987493	1,773977
Кировская область	0,956761	0,914659	1,027698	1,005832	1,007963	1,002685	0,834529
Республика Марий Эл	0,936124	0,942303	0,992806	0,959905	0,958524	0,999885	0,654765
Республика Мордовия	1,135613	1,030764	0,992806	1,005832	1,007963	1,006886	0,724476
Оренбургская область	1,002162	1,01035	0,992806	1,005832	1,007963	0,990083	1,253239
Пензенская область	0,907233	0,942303	0,995683	1,005832	1,007963	1,005486	0,70266
Пермский край	1,083333	1,103141	0,992806	1,005832	1,007963	0,997085	1,002414
Самарская область	0,987028	1,103141	0,992806	1,005832	1,007963	1,005486	0,764992
Саратовская область	1,087461	1,052879	0,992806	1,005832	1,007963	1,004086	1,121427
Республика Татарстан	0,909984	0,942303	0,992806	1,005832	1,007963	1,012487	1,025385
Республика Удмуртия	1,048939	1,052879	1,010072	0,99435	0,993422	0,997085	0,977425
Ульяновская область	0,912736	0,890268	0,992806	1,005832	1,007963	1,001285	0,666734
Республика Чувашия	1,036557	1,01035	0,992806	1,005832	1,007963	0,992884	0,791864

основным классам болезней (кардиология, заболевания нервной системы, в том числе острые нарушения мозгового кровообращения, травматология, акушерство и гинекология, неонатология, дерматология, фтизиатрия, онкология, болезни терапевтического профиля).

Пермский край занимает площадь 160,2 кв. км (0,94% площади Российской Федерации), являясь крупнейшей территорией в сравнении с субъектами Приволжского федерального округа. В состав Пермского края входит Коми-Пермяцкий округ, территория которого составляет 32,9 тыс. кв. км. Максимальная протяженность Пермского края с севера на юг составляет 645 км, с запада на восток – 417,5 км.

Для повышения доступности и качества специализированной медицинской помощи реализуются мероприятия, направленные на совершенствование системы оказания специализированной (в том числе высокотехнологичной) медицинской помощи, специализированных видов медицинской помощи при социально значимых заболеваниях системы кровообращения, туберкулезом, онкологическими, эндокринными и некоторыми другими; внедряются инновационные методы лечения; развиваются инфраструктура и ресурсное обеспечение здравоохранения, включающее финансовое, материально-техническое и технологическое оснащение лечебно-профилактических учреждений на основе инновационных подходов и принципа стандартизации, а также подготовку и совершенствование обучения кадров.

На втором месте расположилась Нижегородская область. Сочетание снижения показателей смертности и заболеваемости населения области свидетельствует об эффективности профилактических мероприятий.

В структуре заболеваемости первое место занимают по-прежнему болезни органов дыхания, далее идут болезни системы кровообращения, болезни костно-мышечной системы, болезни мочеполовой системы, травмы и отравления.

Такие показатели, как заболеваемость и смертность от туберкулеза, смертность от ДТП, материнская смертность, в Нижегородской области лучше среднероссийских. Однако показатели рождаемости, смертности населения, в том числе от болезней органов кровообращения, новообразований, младенческой смертности, заболеваемости населения, средней ожидаемой продолжительности жизни хуже среднероссийских.

Анализируя данные реализации Государственной программы «Развитие здравоохранения» и общую характеристику сферы здравоохранения Нижегородской области, можно выявить причины недостаточно положительной динамики в состоянии здоровья населения:

- высокая распространенность поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний (курение, злоупотребление алкоголем и наркотиками, малоподвижный образ жизни, нерациональное, несбалансированное питание и ожирение);
- высокая распространенность биологических факторов риска неинфекционных заболеваний (артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, гипергликемия, избыточная масса тела и ожирение);
- низкая профилактическая активность в работе первичного звена здравоохранения по своевременному выявлению заболеваний, патологических состояний и факторов риска, их обуславливающих;
- несбалансированность коечного фонда по ряду профилей оказания медицинской помощи и неэффективное его использование; слабое развитие стационарозамещающих технологий, неотложной медицинской помощи;
- нехватка реабилитационных коек;
- низкое развитие паллиативной медицинской помощи;
- дефицит кадров;
- недостаточное применение современных информационных технологий и телемедицины.

Медицинскую помощь оказывают 209 медицинских организаций, из них 173 государственных учреждения (110 больниц, 3 госпиталя, 10 диспансеров, 8 родильных домов, 29 поликлиник, 4 женские консультации, 1 станция скорой медицинской помощи, 8 медицинских центров), 8 федеральных учреждений, 28 частных медицинских организаций.

Для повышения эффективности лечения больных с заболеваниями органов кровообращения в Нижегородской области создана сеть первичных сосудистых отделений (11) и региональных сосудистых центров (2), включающая 882 койки, из них 171 реанимационных.

На последнем месте среди субъектов ПФО располагаются Республика Чувашия, Республика Марий Эл, Ульяновская и Пензенская области.

Заключение

При изучении сферы здравоохранения в субъектах и анализе данных реализации Государственной программы «Развитие здравоохранения» были выявлены требующие своего разрешения проблемы:

- недостаточная эффективность работы первичного звена здравоохранения, цель которой – своевременное выявление заболеваний, патологических состояний и факторов риска, их обуславливающих;
- неполное соответствие ресурсной оснащенности ряда медицинских организаций, подведомственных исполнительному органу государственной власти;
- недостаточная оптимизация этапности оказания медицинской помощи, которая должна обеспечивать четкую маршрутизацию потока пациентов;
- низкая эффективность информирования населения о принципах оказания медицинской помощи, неразвитая ответственность граждан за сохранение своего здоровья (несвоевременное обращение за медицинской помощью, самолечение и др.);
- недостаточная эффективность системы обучения и привлечения медицинских кадров в отрасль здравоохранения;

Решение задач по развитию системы здравоохранения программно-целевым методом является наиболее эффективным способом достижения основных показателей социального и экономического развития региона в намеченные сроки при сбалансированном обеспечении ресурсами. Помимо необходимости решения существующих проблем следует учитывать ряд общемировых тенденций, приводящих к структурным перестройкам системы здравоохранения. Эффективность реализации Программы должна оцениваться по достижению запланированных результатов каждого из основных показателей.

Оценка эффективности реализации Госпрограммы необходима для обеспечения ответственного исполнителя оперативной информацией о ходе и промежуточных результатах, а также для корректировки среднесрочных графиков выполнения мероприятий Программы и плана ее реализации.

Важное значение имеет раздельный анализ информации о достижении целевых показателей (последующий контроль) и показателей подпрограмм и мероприятий.

Рассчитан результирующий стандартизованный индекс с учетом сформированной системы относительных показателей, учитывающей спорный и разнонаправленный их характер. Учтена различная значимость показателей системы оценки с помощью метода экспертного ранжирования показателей – правило точечных оценок Фишберна.

Предложенная методика расчета общего результирующего стандартизованного индекса позволяет оценить эффективность реализации Государственной программы «Развитие здравоохранения» в субъектах ПФО, определить субъекты с эффективной стратегией управления здравоохранением. Лидирующие позиции принадлежат субъектам, в которых государственная политика в области здравоохранения показала

наибольшую эффективность. Данная методика может использоваться для балльной оценки результирующего стандартизованного индекса здравоохранения не только в Приволжском федеральном округе, но и в других субъектах Федерации.

Источники

1. Бульхина Г. Р. Пути оптимизации функционирования отрасли здравоохранения через оценку показателей в системе обязательного медицинского страхования // Экономика здравоохранения. 2010. № 4. С. 19–22.
2. Вялков А. И., Глухова Е. И., Потемкин Е. Л. Подходы к измерению и инструментарий оценки потенциала научно-инновационной деятельности // Здравоохранение Российской Федерации. 2013. № 1. С. 8–11.
3. Гройсман В. А., Разливанских Л. П., Мартыненко В. Ф. Проблемы управления развитием лечебно-профилактических учреждений // Экономика здравоохранения. 2006. № 7. С. 11–15.
4. Гусева С. Л. Стратегия развития лечебного учреждения на основе использования сбалансированной системы показателей // Экономика здравоохранения. 2011. № 1. С. 11–14.
5. Друкер П. Ф. Задачи менеджмента в XXI веке. М. : Вильямс, 2004.
6. Дуганов М. Д. Оценка эффективности расходов на здравоохранение на региональном и муниципальном уровнях. М. : ИЭПП, 2007.
7. Кадыров Ф. Н. Реформы в сфере здравоохранения: проблемы реализации // Менеджер здравоохранения. 2015. № 1. С. 9–17.
8. Каплан Р., Нортон Д., Баранов И. Н. Сбалансированная система показателей, определяющих эффективность работы организации // Российский журнал менеджмента. 2004. Т. 2. С. 71–84.
9. Клименкова О. А., Эммануэль А. В. Индикаторы качества: условия для бенчмаркинга лабораторных услуг // Вестник Росздрова. 2014. № 1. С. 14–22.
10. Кучеренко В. З., Разливанских Л. П., Мартыненко В. Ф. Методические подходы к оценке деятельности лечебно-профилактического учреждения: мониторинговые индикаторы, показатели, критерии, определения // Экономика здравоохранения. 2006. № 8. С. 29–36.
11. Линденбратен А. Л. Один из подходов к статистической оценке качества медицинской помощи // Управление качеством медицинской помощи. 2014. № 3. С. 35.
12. Результаты оценки некоторых показателей эффективности деятельности медицинских организаций в 2010 году / В. И. Стародубов, И. М. Сон, С. А. Леонов и др. // Социальные аспекты здоровья населения. 2013. № 1 (29). С. 1.
13. Роль мониторинга и оценки эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений при переходе на бюджетирование, ориентированное на результат / С. А. Мартынич, В. А. Полесский, В. Г. Запорожченко, Е. А. Мартынич // Экономика здравоохранения. 2007. № 6. С. 15–25.
14. Сковцова В. И. Об организации работы по формированию независимой оценки качества работы государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения // Медсестра. 2014. № 3. С. 12–34.
15. Сунгатов Р. Ш. Экономическая эффективность здравоохранения: роль современных управленческих технологий в повышении социально-экономической эффективности системы здравоохранения // Российское предпринимательство. 2008. № 12. С. 98–102.
16. Татарников М. А. Повышение эффективности управления здравоохранением на основе стандартов системы менеджмента качества // ГлавВрач. 2007. № 1. С. 93–100.
17. Трешутин В. А. Основные составляющие обеспечения качества медицинской помощи в медицинской организации // Здравоохранение. 2015. № 7. С. 80–85.

18. Щепин В.О. Обеспеченность населения Российской Федерации основным кадровым ресурсом государственной системы здравоохранения // Проблемы социальной гигиены и история медицины. 2013. № 6. С. 24–28.

19. Яшина Н.И., Гинзбург М.Ю., Литовский И.А. Расчет стандартизированного интегро-дифференциального индекса как показателя, однозначно характеризующего социально-экономическое положение государства на мировой арене // Экономика и предпринимательство. 2015. № 5-1 (58-1). С. 360–368.

20. Яшина Н.И., Митин Д.В., Гинзбург М.Ю. Теория и методология определения рисков социально-политических и экономических процессов в различных странах мира // Journal of Economic Regulation. 2015. Vol. 6. No. 2. P. 69–90.

Evaluating Efficiency of Public Health Programs (Case of Volga Federal District)

by Nadezhda I. Yashina, Yevgeniya A. Khansuvarova and Konstantin S. Yashin

Improving the efficiency of health care management is a relevant scientific and practical problem. Efficient health care means restored human health, which remains a principal factor behind the state of the main part of the productive forces of society, through reduced incidence, increased labor productivity, and extended period of employability. Using the methods of economic and system analysis as well as the methods of mathematical statistics the authors studied current state of the health care in the Volga Federal District. The authors took into account relative importance of the indicators in the system of assessment applying the method of peer ranking (Fishburne point estimates). The proposed methodology to calculate the total resulting standardized index allowed them to evaluate the efficiency of the state program "Development of public health for 2013–2020" in the regions of the Volga federal district, and identify entities in the sector that implemented an effective management strategy. The entities were ranked according to the efficiency of the state policy. The methodology can be applied to assess in score points the total resulting standardized index of health care both in subjects of the Russian Federation and generally in the country.

Keywords: state program; efficiency; target indicator; standardization method; total resulting standardized index.

References:

1. Bulkhina G.R. Puti optimizatsii funktsionirovaniya otrasli zdravookhraneniya cherez otsenku pokazateley v sisteme obyazatel'nogo meditsinskogo strakhovaniya [Ways of optimization of health care sector through assessment of indicators in the system of compulsory medical insurance]. *Ekonomika zdravookhraneniya – Economics of Health Care*, 2010, no. 4, pp. 19–22.
2. Vyalkov A.I., Glukhova Ye.I., Potemkin Ye.L. Podkhody k izmereniyu i instrumentariy otsenki potentsiala nauchno-innovatsionnoy deyatel'nosti [Approaches to measurement and tools to assess the potential of scientific-innovation activities]. *Zdravookhranenie Rossiyskoy Federatsii – Health Care of the Russian Federation*, 2013, no. 1, pp. 8–11.
3. Groysman V.A., Razlivanskikh L.P., Martynenko V.F. Problemy upravleniya razvitiem lechebno-profilakticheskikh uchrezhdeniy [Problems of controlling the development of health care institutions]. *Ekonomika zdravookhraneniya – Economics of Health Care*, 2006, no. 7, pp. 11–15.
4. Guseva S.L. Strategiya razvitiya lechebnogo uchrezhdeniya na osnove ispol'zovaniya sbalansirovannoy sistemy pokazateley [Strategy of development of a health care institution based a balanced scorecard]. *Ekonomika zdravookhraneniya – Economics of Health Care*, 2011, no.1, pp. 11–14.
5. Druker P. F. *Zadachi menedzhmenta v XXI veke* [Management challenges for 21st century]. Moscow: Williams, 2004.
6. Duganov M.D. *Otsenka effektivnosti raskhodov na zdravookhranenie na regional'nom i munitsipal'nom urovnyakh* [Assessment of efficiency of health care spending at regional and municipal levels]. Moscow: Gaidar Institute for Economic Policy, 2007.

7. Kadyrov F. N. Reformy v sfere zdravookhraneniya: problemy realizatsii [Reforms in public health: problems of implementation]. *Menedzher zdravookhraneniya – Health Care Manager*, 2015, no. 1, pp. 9–17.
8. Kaplan R., Norton D., Baranov I. N. Sbalansirovannaya sistema pokazateley, opredelyayushchikh effektivnost' raboty organizatsii [Balanced scorecard to determine the efficiency of organization's operations]. *Rossiyskiy zhurnal menedzhmenta – Russian Journal of Management*, 2004, vol. 2, pp. 71–84.
9. Klimenkova O. A., Emmanuel A. V. Indikatory kachestva: usloviya dlya benchmarkinga laboratornykh uslug [Quality indicators: Conditions for benchmarking of laboratory services]. *Vestnik Rozdrava – Bulletin of the Russian Health Care Surveillance Service*, 2014, no. 1, pp. 14–22.
10. Kucherenko V. Z., Razlivanskikh L. P., Martynenko V. F. Metodicheskie podkhody k otsenke deyatel'nosti lechenno-profilakticheskogo uchrezhdeniya: monitoringovyie indikatory, pokazateli, kriterii, opredeleniya [Methodological approaches to assessment of activities of health care institutions: Indicators, criteria, definitions for monitoring]. *Ekonomika zdravookhraneniya – Economics of Health Care*, 2006, no. 8, pp. 29–36.
11. Lindenbraten A. L. Odin iz podkhodov k statisticheskoy otsenke kachestva meditsinskoy pomoshchi [One of approaches to statistical evaluation of the quality of medical aid]. *Upravlenie kachestvom meditsinskoy pomoshchi – Management of Medical Care Quality*, 2014, no. 3, pp. 35.
12. Starodubov V. I., Son I. M., Leonov S. A. et al. Rezul'taty otsenki nekotorykh pokazateley effektivnosti deyatel'nosti meditsinskikh organizatsiy v 2010 godu [Results of assessment of some indicators of efficiency of health care organizations in 2010]. *Sotsialnye aspekty zdorovya naseleniya – Social Aspects of Population Health*, 2013, no. 1 (29), pp. 1.
13. Martynchik S. A., Poleskiy V. A., Zaporozhchenko V. G., Martynchik Ye. A. Rol monitoringa i otsenki effektivnosti deyatel'nosti lechenno-profilakticheskikh uchrezhdeniy pri perekhode na byudzhetirovaniye, orientirovannoe na rezul'tat [The role of monitoring and assessment of efficiency of health care institutions during the country's national transition to performance-based budgeting]. *Ekonomika zdravookhraneniya – Economics of Health Care*, 2007, no. 6, pp. 15–25.
14. Skvortsova V. I. Ob organizatsii raboty po formirovaniyu nezavisimoy otsenki kachestva raboty gosudarstvennykh (munitsipal'nykh) uchrezhdeniy, okazyvayushchikh uslugi v sfere zdravookhraneniya [On organizing work to form independent quality assessment of state (municipal) institutions providing health care services]. *Medsestra – Nurse*, 2014, no. 3, pp. 12–34.
15. Sungatov R. Sh. Ekonomicheskaya effektivnost' zdravookhraneniya: rol sovremennykh upravlencheskikh tekhnologiy v povyshenii sotsial'no-ekonomicheskoy effektivnosti sistemy zdravookhraneniya [Economic efficiency in health care: The role of modern management technologies in improving socioeconomic efficiency of health care systems]. *Rossiyskoe predprinimatel'stvo – Russian Entrepreneurship*, 2008, no. 12, pp. 98–102.
16. Tatarnikov M. A. Povyshenie effektivnosti upravleniya zdravookhraneniem na osnove standartov sistemy menedzhmenta kachestva [Improving efficiency of health care management on the basis of the standards of quality management system]. *GlavVrach – Chief Physician*, 2007, no. 1, pp. 93–100.
17. Treshutin V. A. Osnovnye sostavlyayushchie obespecheniya kachestva meditsinskoy pomoshchi v meditsinskoy organizatsii [Main components of maintaining quality of medical care in health institutions]. *Zdravookhranenie – Public Health*, 2015, no. 7, pp. 80–85.
18. Shchepin V. O. Obespechennost' naseleniya Rossiyskoy Federatsii osnovnym kadrovym resursom gosudarstvennoy sistemy zdravookhraneniya [Sufficiency of the Russian population with the main personnel resource of the public health system]. *Problemy sotsialnoy gigieny i istoriya meditsiny – Problems of Social Hygiene and the History of Medicine*, 2013, no. 6, pp. 24–28.
19. Yashina N. I., Ginzburg M. Yu., Litovskiy I. A. Raschet standartizirovannogo integro-differentsial'nogo indeksa kak pokazatelya, odnoznachno kharakterizuyushchego sotsial'no-ekonomicheskoe polozhenie gosudarstva na mirovoy arene [The calculation of standardized integral-differential index as an indicator that uniquely characterizes the socioeconomic situation of the state in the world arena]. *Ekonomika i predprinimatel'stvo – Journal of Economy and Entrepreneurship*, 2015, no. 5-1 (58-1), pp. 360–368.
20. Yashina N. I., Mitin D. V., Ginzburg M. Yu. Teoriya i metodologiya opredeleniya riskov sotsial'no-politicheskikh i ekonomicheskikh protsessov v razlichnykh strana mira [Theory and methodology for determining the risk of socio-political and economic processes in different countries]. *Journal of Economic Regulation*, 2015, vol. 6, no. 2, pp. 69–90.

Contact Info:

Nadezhda I. Yashina, Dr. Sc. (Econ.), Prof.,
Head of Finance & Credit Dept.

Phone: (831) 430-28-54

e-mail: unn@unn.ru

Yevgeniya A. Khansuvarova, postgraduate
of Finance & Credit Dept.

Phone: (831) 430-28-54

e-mail: ev-artamonicheva@ya.ru

Konstantin S. Yashin, postgraduate
of Finance & Credit Dept.

Phone: (831) 430-28-54

e-mail: unn@unn.ru

Lobachevsky State University
of Nizhny Novgorod

23 Gagarin Ave., Nizhny Novgorod,
Russia, 603950

Lobachevsky State University
of Nizhny Novgorod

23 Gagarina Ave., Nizhny Novgorod,
Russia, 603950

Lobachevsky State University
of Nizhny Novgorod

23 Gagarina Ave., Nizhny Novgorod,
Russia, 603950