

УДК 614.2:338.46

НЕКОТОРЫЕ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

¹М.В.Щавелева, ²Т.Н.Глинская, ¹М.М.Сачек, ³Н.Е. Хейфец

¹Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет», ул. П.Бровки, 3, корп. 3, 220013, г. Минск, Республика Беларусь

²Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии, Долгиновский тракт, 157, 220080, г. Минск, Республика Беларусь,

³Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения (РНЦ МТ), ул. П.Бровки, 7а, 220013, г. Минск, Республика Беларусь

В статье, на основании обращения к ряду интернет-ресурсов, поднят вопрос эффективности деятельности отрасли на примере систем здравоохранения США и сопоставимых с ними стран. В основе оценок, к которым обращаются авторы, лежат показатели, во многом зависящие от неинфекционных заболеваний (НИЗ), – преждевременная смертность от НИЗ, ожидаемая продолжительность предстоящей жизни при рождении. Один из факторов, негативно влияющих на эффективность деятельности систем здравоохранения, – образ жизни, отягощенный негативными поведенческими привычками (нерациональное питание, курение и пр.). Мнение, которое в очередной раз высказывают авторы: повышение эффективности систем здравоохранения реально при развитии профилактического вектора здравоохранения и других отраслей экономической деятельности.

Ключевые слова: системы здравоохранения; оценки эффективности.

На коллегии Министерства здравоохранения Республики Беларусь, обобщившей итоги деятельности отрасли в 2015 г., со ссылкой на рейтинг агентства Bloomberg, было отмечено, что здравоохранение нашей страны в данном рейтинге заняло 47-е место, здравоохранение США – 50-е, Российской Федерации – 54-е [1]. В основе рейтинга лежало сопоставление показателей ожидаемой продолжительности предстоящей жизни при рождении (далее – ОППЖ), доли расходов на здравоохранение в национальной экономике и затрат на здравоохранение на душу населения. Рейтинг оценивает эффективность деятельности здравоохранения только тех стран, в которых ОППЖ превышает 70 лет, численность населения составляет не менее 5 миллионов человек, а валовой внутренний продукт на душу населения превышает 5 тысяч долларов США по курсу центрального банка соответствующего государства [2]. Ключевое понятие в рейтинге агентства Bloomberg – эффективность – соотношение между полученным результатом и затраченными ресурсами. Рейтинг не учитыва-

ет такие важные факторы, как структура причин смертности населения, уровень и структура заболеваемости, распространенность среди населения вредных для здоровья поведенческих привычек, заработная плата медицинских работников и многое другое. Однако, он четко показывает, что большие вложения в развитие медицины и рост затрат на здравоохранение не всегда ведут к ожидаемому улучшению состояния здоровья населения [3], в частности, увеличению интегрированного показателя здоровья населения – ОППЖ. Очень убедительными в этом отношении представляются данные рейтинга этого же агентства (Bloomberg) по итогам первого года пандемии инфекции Covid-19 – 2020-го [4]. Скорректированные подходы к его расчетам (с учетом эпидемиологической ситуации и реакции на нее органов государственного управления разных стран) позволили оценить как наиболее эффективные (1–3 позиции рейтинга) в первый год пандемии системы здравоохранения Сингапура, Гонконга, Тайваня. 35-ю позицию в рейтинге заняло здравоохранение нашей страны, 53-ю –

Российской Федерации; 55-ю – США [4]. При этом, по приведенным Bloomberg данным, самыми высокими тратами на здравоохранение в расчете на одного человека в год отличались США – 10246 долл. (\$); второе место по позиции трат на здравоохранение (\$9956) в 2020 г. принадлежало Швейцарии, однако ОППЖ в этой стране на 5,21 лет превышала ОППЖ жителей США. Нельзя не согласиться с мнением проф. P.Chongtrakul (университет Chulalongkorn, медицинский факультет, Бангкок, Таиланд): «...эффективные системы здравоохранения часто находятся в местах с ограниченными природными ресурсами; когда приоритет политики [должен быть] основан на потенциале людей» [4]. Кроме того, по мнению Poonam Khetrapal Singh, главы отделения ВОЗ по Юго-Восточной Азии, «...Пандемия подчеркнула тот факт, что экономическое здоровье зависит от общественного здравоохранения, которое, в свою очередь, зависит от адекватных государственных расходов на здравоохранение» [4]. Так, показатели США в рейтинге Bloomberg 2020 продемонстрировали среднюю ОППЖ, самые большие в мире расходы на медицинское обслуживание и самое большое количество случаев Covid-19. Между тем, рейтинг Bloomberg со дня своего создания (2013 год) указывал на различия в ОППЖ между США и рядом государств.

В недавно подготовленном обзоре американских авторов проведено сопоставление США по величине ОППЖ и уровню смертности с такими государствами, как Австралия, Австрия, Бельгия, Канада, Франция, Германия, Япония, Нидерланды, Швеция, Швейцария и Великобритания (далее – аналогичные страны) [5].

Основные причины смертности во всех сравниваемых странах аналогичны. В структуре детской смертности превалирует младенческая, обусловленная такими причинами как недоношенность и врожденные пороки развития. Смерть в молодом возрасте чаще обусловлена внешними причинами. По мере увеличения возраста пациентов все более значимыми становятся хронические неинфекционные заболевания (далее – ХНИЗ) и инфекции.

Вместе с тем, уровень преждевременной смертности (случаи смерти до достижения 70-летнего возраста) в США (408 смертей на 100 тысяч человек в возрасте до 70 лет) в 2021 г. был почти в 2 раза выше среднего показателя (228 смертей) аналогичных государств. Около 1/3 (32%) этой разницы приходилось на смертность от болезней системы кровообра-

щения, хронических болезней легких и хронических болезней почек (105 преждевременных смертей на 100 тысяч человек в 2021 г.). Кроме того, в 2021 г. Covid-19 внес значимый вклад в разницу показателей преждевременной смертности между США и аналогичными странами (24%) [5]. Определенную роль в формировании показателей преждевременной смертности в США и аналогичных странах играет употребление психоактивных веществ (28,6 смертей на 100 тысяч человек в возрасте до 70 лет в США; 6,4‰ – аналогичные страны; без учета смертельных исходов от хронических заболеваний и повреждений органов, вызванных длительным употреблением психоактивных веществ, 2021 год) [5].

Смертность в молодом возрасте в большей мере оказывает отрицательное влияние на ОППЖ, чем смертность в старших возрастных группах. В возрастной группе от 15 до 49 лет уровень смертности в США был в 2,5 раза выше, чем в аналогичных странах (соответственно 192 и 76 на 100 тысяч человек) [5].

В 1980 г. ОППЖ в США и аналогичных странах находилась на сопоставимом уровне. По мере развития технологий, в том числе и медицинских, совершенствования деятельности здравоохранения и при все большем внимании государств к вопросам социальной политики, продолжительность жизни увеличивалась во всем мире, однако, эта тенденция в США была выражена в меньшей степени в сопоставлении со сравниваемым пулом государств; критического максимума эти различия достигли в первом пандемийном году (рис. 1).

В настоящее время основными причинами смертности мировой популяции являются хронические неинфекционные заболевания, поэтому основная часть данного обзора сосредоточена на них. Несмотря на то, что в различных странах подходы к регистрации и учету причин смерти в чем-то могут различаться [6], наиболее значимую роль в преждевременной смертности (до 70 лет) от ХНИЗ играют болезни системы кровообращения (далее – БСК) и онкологические заболевания.

На рис. 2 представлены данные, характеризующие преждевременную смертность (до 70 лет) при этих нозологиях в США и аналогичных странах в 1980–2023 гг. (на 100 тысяч населения соответствующего возраста).

Приведенные данные наглядно демонстрируют превалирование среди причин преждевременной смертности в США и аналогичных стра-



Рис. 1. Ожидаемая продолжительность предстоящей жизни при рождении в США и других (аналогичных) странах (средняя величина показателей Австралии, Австрии, Бельгии, Канады, Франции, Германии, Японии, Нидерландов, Швеции, Швейцарии и Великобритании) в 1980–2023 гг. [5]

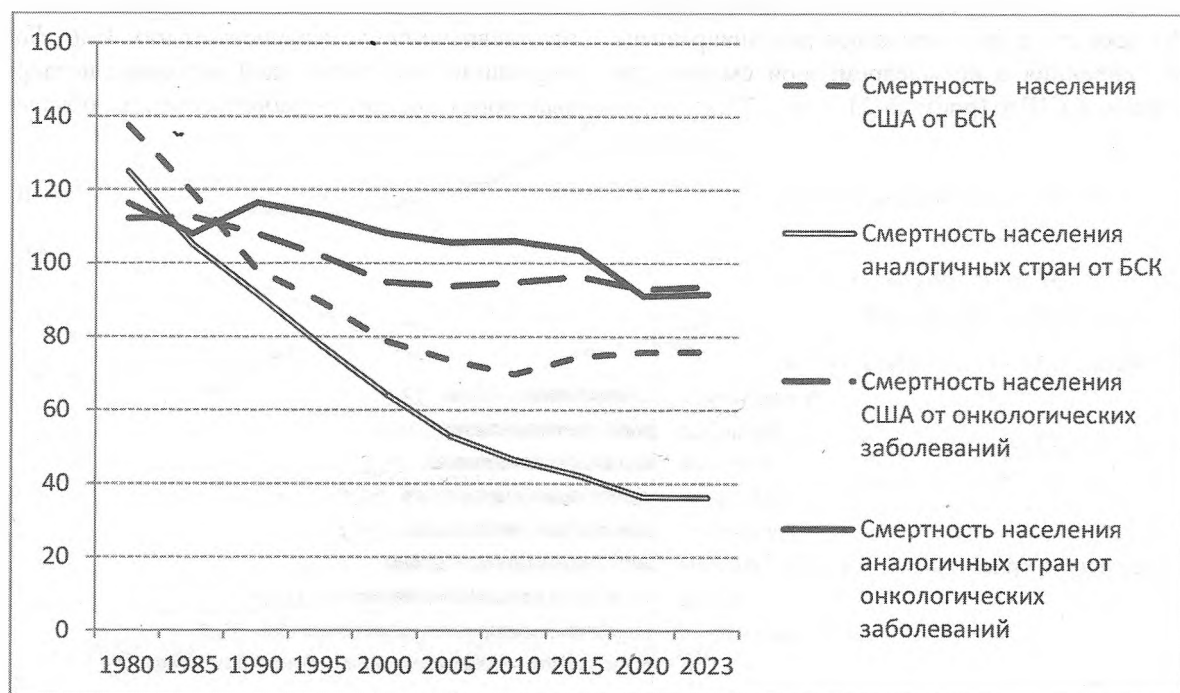


Рис. 2. Преждевременная (до достижения 70 лет) смертность населения США и аналогичных стран (в совокупности: Австралия, Австрия, Бельгия, Канада, Франция, Германия, Япония, Нидерланды, Швеция, Швейцария и Великобритания) от болезней системы кровообращения и онкологических заболеваний (1980–2023 гг., на 100 тыс. чел.) [5]

нах смертности от онкологических заболеваний (2023 год на 100 тысяч человек: США – 93,6; аналогичные страны – 91,6 соответственно) над смертностью от БСК (2023 год на 100 тысяч человек: 75,9 для США; 36,2 – для аналогичных стран) [5]. При этом, с середины 80-х годов прошлого века преждевременная смертность населения США от онкологических заболеваний находилась на более низком уровне, чем в аналогичных государствах. Одна из причин данной ситуации, по нашему мнению, – активное внедрение в США высоких технологий в деятельность флагманских центров. Вторая, но не менее значимая – организационная, связанная с регистрацией причин смерти в разных странах [6]. Есть еще одна причина, на которую обращают внимание исследователи. Хотя в США люди в целом реже, чем в аналогичных странах, умирают от рака, эта разница отчетливо выражена среди пожилого населения и, вероятно, потому, что американцы «уже умерли от других причин» [5]. «Ковидные» годы «уравняли» показатели смертности США и аналогичных стран от онкологических заболеваний.

Противоположная ситуация отмечается при анализе преждевременной смертности от БСК: в аналогичных странах уровень данной смертности в течение всего анализируемого периода находился на более низком уровне. В начале XXI века стала формироваться разнонаправленная тенденция в преждевременной смертности населения США (рост: 2023 год – 75,9‰) и

аналогичных стран (продолжающееся снижение: 2023 год – 36,2‰) от БСК [5]. Американские ученые высказывают несколько предположений относительно вероятностных причин увеличивающегося разрыва в преждевременной смертности от БСК между США и аналогичными странами. Одна из ведущих и отличительных – широкое распространение ожирения в США (рис. 3).

По оценкам ООН, в 2022 г. более 1 миллиарда человек на планете страдали от ожирения. К сожалению, мир оказался не в состоянии остановить эпидемию ожирения к 2025 году [7]; США – одно из государств, наиболее страдающих от ожирения. Широкому распространению ожирения во многом способствуют нерациональное питание и низкий уровень физической активности. По нашему мнению, в предотвращении ожирения и способствующих ему условий и факторов значительная роль принадлежит мерам первичной профилактики и первичной медицинской помощи. В то же время, широкое применение инновационных методов лечения ожирения требует суперзначимых финансовых затрат от здравоохранения любого государства. Нерешенность и неразрешимость вопроса профилактики ожирения и затрат на его лечение – путь к росту распространенности БСК, сахарного диабета, онкологических и других заболеваний и преждевременной смертности от них. Идет формирование «патологической воронки»: нездоровый образ жизни → заболеваемость, обуслов-

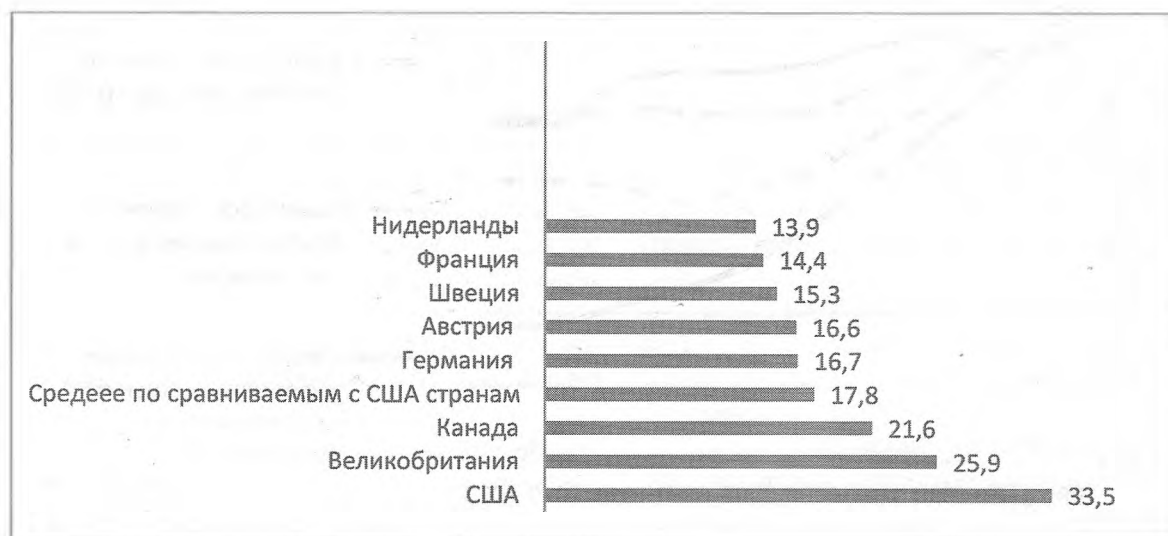


Рис. 3. Распространенность ожирения (индекс массы тела ≥ 30 , стандартизированные по возрасту оценки) в США, Нидерландах, Франции, Швеции, Австрии, Германии, Канаде, Великобритании (2021 или ближайший год) [5]

ленная поведенческими факторами риска, → чрезмерные финансовые затраты на лечение заболеваний, вызванных нездоровым образом жизни, → снижение вследствие этого финансовой доступности медицинской помощи для всего населения → преждевременная смертность населения.

Немаловажную роль в преждевременной смертности от БСК в США играет и широкое распространение расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, в том числе запрещенных [5].

Кроме БСК и онкологических заболеваний, значительную роль в ухудшении здоровья и преждевременной смертности играют такие нозологии, как хронические болезни легких (далее – ХБЛ) и сахарный диабет (далее – СД) [5].

На рис. 4 представлены данные, характеризующие преждевременную смертность (до 70 лет) от ХБЛ и СД в США и аналогичных странах в 1980–2021 гг. (на 100 тысяч населения соответствующего возраста).

Если в начале анализируемого периода разница в уровне смертности от ХБЛ в США (12,4‰) и аналогичных странах (11,6‰) составляла порядка 7%, то к 2021 г.

она достигла 106,7% (соответственно 18,4‰ и 8,9‰) [5]. На фоне роста смертности от данной причины в США наблюдалось ее снижение в странах сравнения. Одна из основных поведенческих причин смертности от ХБЛ – табакокурение. Неоднородность состава населения США, в том числе по социальному и расовому признаку [8], – «благоприятная почва» для продвижения курения в этой стране. По нашему мнению, существенную роль в вопросе увеличения смертности от ХБЛ играет инновационная модификация средств доставки табака и агрессивное их продвижение табачными компаниями, особенно в молодежной среде и среди лиц среднего возраста.

Как указывалось нами выше, значительную роль при формировании и анализе страновых структур причин смертности населения играют принятые в той или иной стране подходы (различия в отчетности и сборе данных) к регистрации причин смерти. В связи с этим, достаточно дискуссионной представляется ситуация по СД [6]. В 1980 г. уровень смертности от СД в США составил 7,1‰, в аналогичных странах – 5,1‰ (разница в уровнях смертности составляла 39,2%); в 2021 г. – соответ-

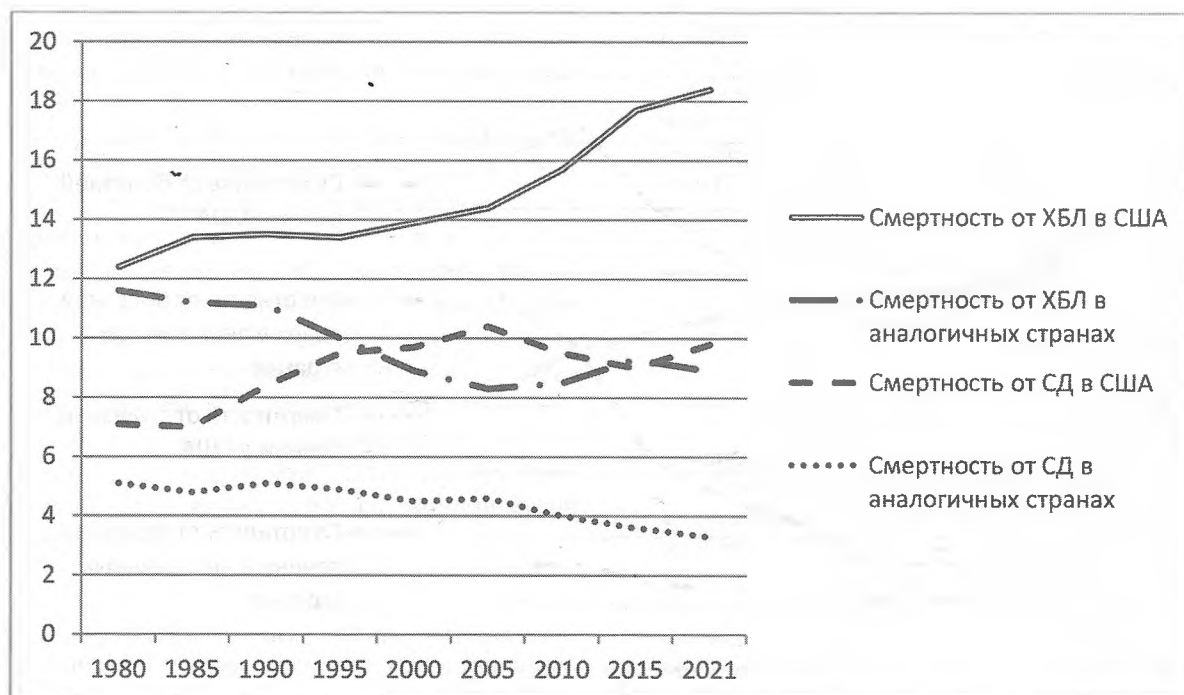


Рис. 4. Преждевременная (до достижения 70 лет) смертность населения США и аналогичных стран (в совокупности: Австралия, Австрия, Бельгия, Канада, Франция, Германия, Япония, Нидерланды, Швеция, Швейцария и Великобритания) от хронических болезней легких и сахарного диабета (1980–2021 гг., на 100 тыс. чел.) [5]

ственно 9,8‰ и 3,3‰ (разница в уровнях смертности – 197,0%). В данной работе мы уже обращали внимание на широкое распространение у населения США ожирения. Данный факт связывают с увеличением различий в уровнях смертности в США и аналогичных странах как от БСК, так и от СД.

Анализ преждевременной смертности, связанной с заболеваниями почек, сначала (1980 г.) демонстрирует определенную однородность показателей США (3,3‰) и аналогичных стран (2,6‰) (рис. 5). В дальнейшем (до 2021 г.) показатель стран сравнения увеличивается незначительно – до 3,1‰, однако в США он демонстрирует почти трехкратный рост – до 11,3‰ [5].

Еще одна группа заболеваний, во многом связанная с такой поведенческой детерминантой, как чрезмерное употребление алкоголя, – цирроз и другие хронические заболевания печени. Уровень смертности от данной причины в период 1980–2021 гг. имел разнонаправленные тенденции в США (увеличение – соответственно 14,0‰ и 15,5‰) и аналогичных странах (уменьшение – 13,5‰ и 8,4‰) (рис. 5) [5].

Обзор будет неполным без обращения к смертности от внешних причин (рис. 6). Последние во многом обусловлены социальными детер-

минантами, включая широкое распространение в США огнестрельного оружия, и поведенческими рисками. Показатель смертности по причине убийств в США (1980 – 11,3‰; 2021 – 6,2‰) является неоправданно высоким по сравнению с показателем аналогичных стран (1980 – 1,6‰; 2021 – 0,8‰) [5].

Аналогичная ситуация наблюдается по причинам смерти, связанным с авариями на дорогах (ДТП). Несмотря на более чем двукратное снижение данного показателя в США в течение 1980–2021 гг. (26,1‰ и 12,3‰ в 1980 и 2021 гг. соответственно), кратность различий между показателями США и аналогичных стран (соответственно 12,3‰ и 3,7‰) нарастает. В США больше транспортных средств, чем в других странах (традиционный акцент на преимущественное использование личного автотранспорта), и среднестатистический американец вынужден проводить больше времени в машине, чем граждане других стран, что увеличивает риски аварий и смертей [5]. Вместе с тем, данная ситуация еще раз подчеркивает значимость мер профилактики (и не только медицинской) ДТП.

В заключение еще раз отметим: одним из важнейших интегральных показателей эффективности деятельности систем здравоохранения

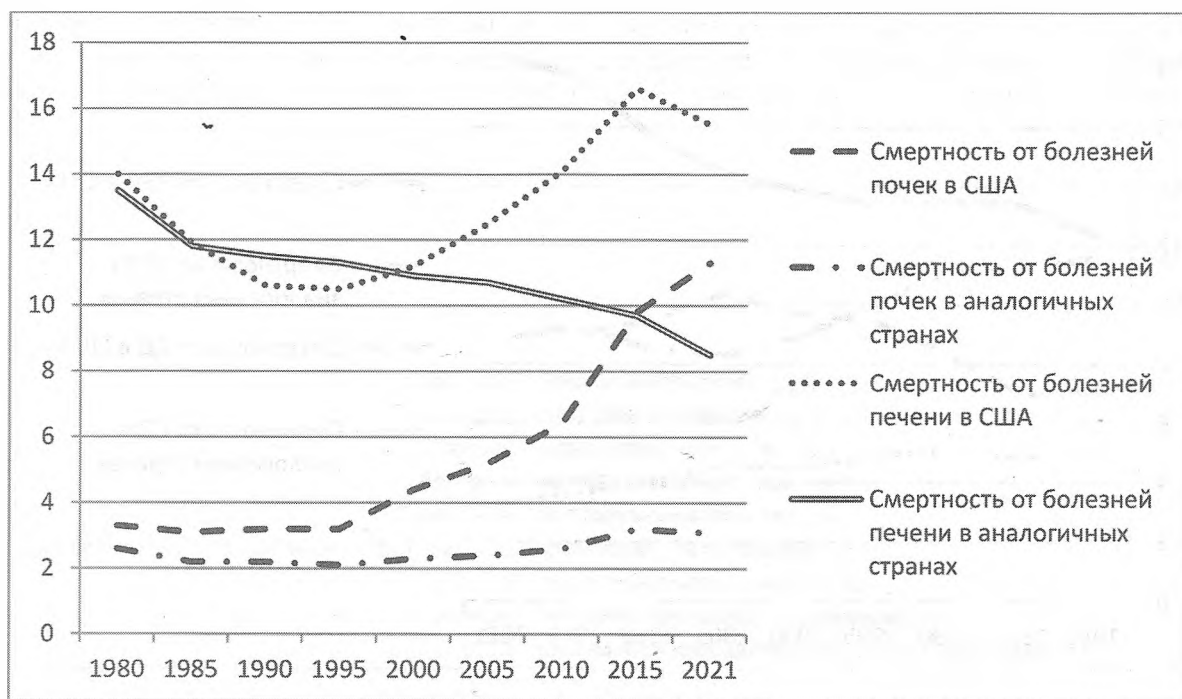


Рис. 5. Преждевременная (до достижения 70 лет) смертность населения США и аналогичных стран (в совокупности: Австралия, Австрия, Бельгия, Канада, Франция, Германия, Япония, Нидерланды, Швеция, Швейцария и Великобритания) от болезней почек и печени (1980–2021 гг., на 100 тыс. чел.) [5]

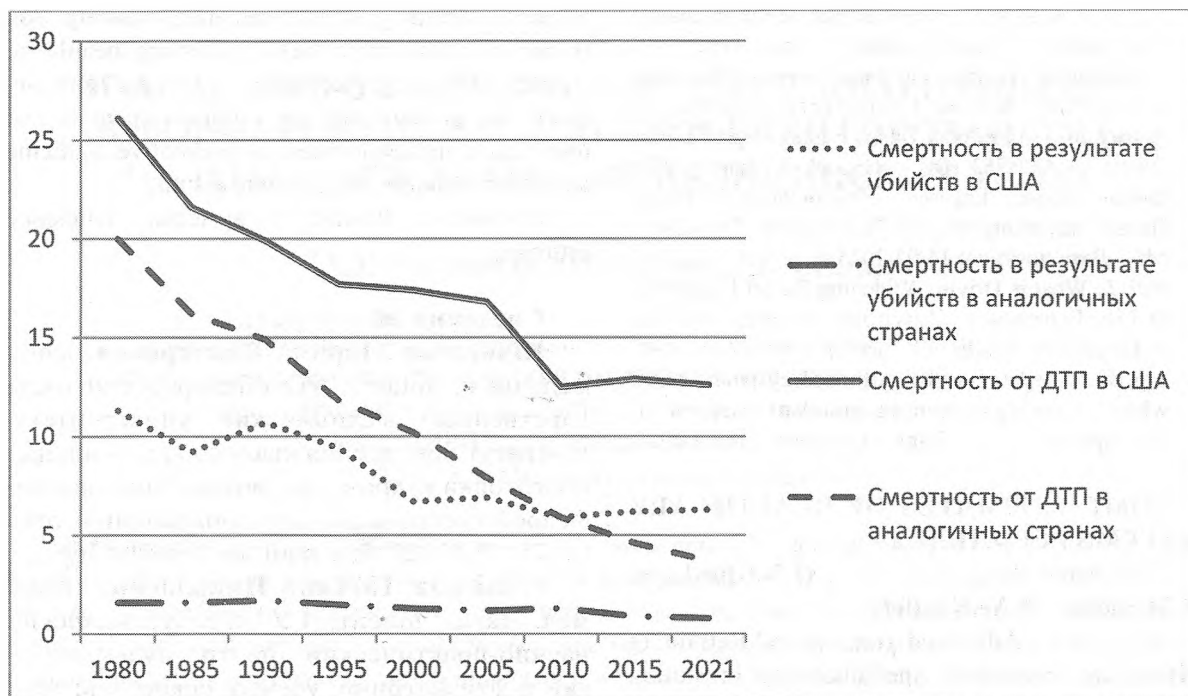


Рис. 6. Преждевременная (до достижения 70 лет) смертность населения США и аналогичных стран (в совокупности: Австралия, Австрия, Бельгия, Канада, Франция, Германия, Япония, Нидерланды, Швеция, Швейцария и Великобритания) от убийств и ДТП (1980–2021 гг., на 100 тыс. чел.) [5]

выступает показатель ОППЖ. Многочисленные научные обзоры, опыт пандемии Covid-19 свидетельствуют, что экстенсивный рост расходов на здравоохранение не является гарантией увеличения ОППЖ в кратко-, средне- и долгосрочной перспективе. Выход на медицинский рынок новых лекарственных средств и изделий медицинского назначения, предназначенных для широкого использования в практике лечения заболеваний, связанных с поведенческими факторами риска, усиливает нагрузку на финансовую составляющую систем здравоохранения. Снижение влияния данного бремени болезней на страновые бюджеты и дальнейшее повышение эффективности систем здравоохранения реально при развитии профилактического вектора здравоохранения и других отраслей экономической деятельности.

Литература

1. Жарко, В.И. Об итогах работы органов и организаций здравоохранения Республики Беларусь в 2015 году и основных направлениях деятельности на 2016 год: доклад на итоговой коллегии Министерства здравоохранения Республики Беларусь 27 января 2016 г. / В.И.Жарко // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2016. – №1. – С.4–12.
2. Чему нас учит рейтинг эффективности систем здравоохранения регионов РФ [Электронный ресурс] / Г.Э.Улумбекова, А.Б.Гинойн, А.В.Калашникова, Е.А.Чабан // Оргздрав. – 2016. – №1. – С.53–67. – Режим доступа: https://orgzdrav.vshouz.ru/ru/jarticles_orgzdrav/38.html?SSr=120134ff2523fffff27c_07e90405170c39-7861. – Дата доступа: 17.11.2024.
3. Глобальный кризис как стимул перемен в здравоохранении. Сообщение 1 / М.М.Сачек, М.В.Щавелева, И.В.Малахова, Н.Е.Хейфец // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2011. – №2. – С.4–13.
4. Miller, L.J. Asia Trounces U.S. in Health-Efficiency Index Amid Pandemic [Electronic resource] / L.J.Miller, W.Lu. – Mode of access: <https://www.bloomberg.com/news/articles/2020-12-18/asia-trounces-u-s-in-health-efficiency-index-amid-pandemic>. – Date of access: 23.03.2023.
5. What drives differences in life expectancy between the U.S. and comparable countries? [Electronic resource] / E.Wager, L.Cotter, N.Panchal, C.Cox. – Mode of access: <https://www.healthsystemtracker.org/chart-collection/what-drives-differences-in-life-expectancy-between-the-u-s-and-comparable-countries/>. – Date of access: 14.02.2025.
6. Хальфин, Р.А. Статистический учет и отчетность учреждений здравоохранения / Р.А.Хальфин, Е.П.Какорина, Л.А.Михайлова. – М.: МЦФЭР, 2005. – 368 с.

7. Прогресс в области профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними, а также укрепления психического здоровья и благополучия [Электронный ресурс]: Записка Генерального секретаря, 30 January 2025, A/79/762 // United Nations Digital Library System. – A/79/762 (Distr.: General 30 January 2025 Russian Original: English). – Режим доступа: https://digitallibrary.un.org/record/4076846/files/A_79_762-RU.pdf. – Дата доступа: 14.02.2025.
8. Hill, L. What is Driving Widening Racial Disparities in Life Expectancy? [Electronic resource] / L.Hill, S.Artiga. – Mode of access: <https://www.kff.org/racial-equity-and-health-policy/issue-brief/what-is-driving-widening-racial-disparities-in-life-expectancy/>. – Date of access: 14.02.2025.

SOME ESTIMATES OF HEALTHCARE SYSTEMS EFFICIENCY

¹M.V.Schaveleva, ²T.N.Glinskaya,
¹M.M.Sachek, ³N.Ye.Kheifets

¹Institute for Advanced Training and Retraining of Healthcare Personnel of the Educational Institution "Belarusian State Medical University", 3, building 3, P.Brovki Str., 220013, Minsk, Republic of Belarus

²Republican Scientific and Practical Centre for Pulmonology and Phtisiology, 157, Dolginovsky tract, 220080, Minsk, Republic of Belarus

³Republican Scientific and Practical Center for Medical Technologies, Informatization, Administration and Management of Health (RSPC MT), 7a, P.Brovki Str., 220013, Minsk, Republic of Belarus

Issue of healthcare systems efficiency taking USA and some comparable countries healthcare systems as example has been raised by authors in the article based on number of Internet resources analysis. Estimates made by authors include indices depending mostly on non-infectious diseases (NID) such as premature mortality from NID and life expectancy at birth. Lifestyle aggravated by negative

behavior including imbalanced diet, smoking, etc. is one of unfavorable factors affecting healthcare systems efficiency. According to authors' opinion, healthcare systems efficiency improvement is real only based on development of preventive medicine and other branches of economic activity.

Keywords: healthcare systems; efficiency estimates.

Сведения об авторах:

Щавелева Марина Викторовна, канд. мед. наук, доцент; УО «Белорусский государственный медицинский университет», Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения, зав. кафедрой организации здравоохранения; тел.: (+37517) 3112785; e-mail: mvsch@tut.by.

Глинская Татьяна Николаевна, канд. мед. наук, доцент; ГУ «Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии», ученый секретарь; тел.: (+37517) 3610361; e-mail: glinsky@tut.by.

Сачек Марина Михайловна, д-р мед. наук, доцент; УО «Белорусский государственный медицинский университет», Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения, профессор кафедры организации здравоохранения; тел.: (+37517) 3112785; e-mail: msachek@rambler.ru.

Хейфец Николай Ефимович; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», зав. лабораторией стратегического развития здравоохранения; тел.: (+37529) 7789996; e-mail: nikolai.kheifets@gmail.com.

Поступила 28.02.2025 г.