

*Гаврилова Анна Сергеевна*

магистрант

*Бондаренко Наталья Васильевна*

канд. экон. наук, доцент, заведующий кафедрой

ФГБОУ ВО «Чувашский государственный

университет им. И.Н. Ульянова»

г. Чебоксары, Чувашская Республика

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ К ОЦЕНКЕ ДОЛГОСРОЧНЫХ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ЭФФЕКТОВ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ В ДЕТСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

***Аннотация:** статья посвящена систематизации методологических подходов к оценке долгосрочных социально-экономических эффектов профилактических программ, реализуемым в детском здравоохранении. По результатам исследования выделены две основные парадигмы: узкоэкономическая (*cost-benefit analysis, CBA*) и социально расширенная (*социальные перспективы и human capital approach*), проведенный сравнительный анализ концептуальных основ, ключевых параметров учета, горизонтов планирования и ограничений которых, позволил доказать, что традиционные методы CBA, доминирующие в бюджетном планировании, недооценивают отдачу от детских превентивных программ здоровья вследствие игнорирования социальных экстерналий и отложенных результатов. Обоснована необходимость разработки интегральной методики, сочетающей элементы рассмотренных подходов и адаптированной к институциональным особенностям российского здравоохранения.*

***Ключевые слова:** экономическая эффективность, профилактика, долгосрочные эффекты, человеческий капитал.*

Профилактические программы в детском здравоохранении, включая вакцинацию, скрининги, программы питания и здорового образа жизни, являются по своей экономической сути стратегическими инвестициями в формирование

будущего национального человеческого капитала. Признается, что профилактические программы в детском здравоохранении обладают значительным потенциалом социально-экономической отдачи, что обусловлено возможностью формирования здорового поколения и снижения будущих расходов на лечение как результат ранней реализации превентивных мер. Однако оценка их эффективности осложняется длительностью достижения эффектов, многофакторностью влияния и необходимостью учета нематериальных выгод (образование, трудоспособность), а их финансирование в условиях ограниченных бюджетных ресурсов требует экономического обоснования. При этом основная методологическая сложность заключается в корректной оценке не только прямых краткосрочных медицинских результатов, измеряющих медицинскую эффективность, но и отложенных на десятилетия социально-экономических эффектов, отражаемых в росте образовательных и трудовых достижений, снижении инвалидизации и социальной зависимости.

Целью исследования является сравнительный анализ двух доминирующих методологических подходов к решению этой задачи с последующим выявлением их сильных сторон и системных ограничений, что в последующем послужит основой для разработки методологии, адекватной специфике детских профилактических программ, заключающейся в высокой доле косвенных эффектов, наличию межпоколенческой отдачи и социальных внешних эффектов.

Профилактические программы в детском здравоохранении – это комплекс медицинских, санитарно-гигиенических и просветительских мероприятий, направленных на предупреждение заболеваний – первичная профилактика (вакцинация по НКП, скрининг новорожденных, диспансеризация детей в возрасте от 0 до 17 лет), раннее выявление патологий – вторичная профилактика (ортоскопия, визометрия, ЭКГ, ЭЭГ, антропометрия), формирование ЗОЖ (кабинеты здорового ребенка, школы для родителей и т. п.).

Традиционно в качестве их экономических эффектов на общегосударственном уровне рассматриваются снижение инвалидности детей, экономия ОМС за счет ранней диагностики заболеваний.

Проведенное теоретическое исследование позволило выделить 2 подхода к оценке эффективности таких программ.

1. Узкоэкономический подход (СВА и оценка с позиции плательщика) – классический подход, берущих основу в неоклассической экономической теории, который фокусируется на сопоставлении дисконтированных потоков затрат и выгод в денежном выражении с позиции конкретного плательщика (государства, страховой компании) [3]. Применительно к детским профилактическим программам это предполагает учет прямых медицинских затрат (стоимость вакцин, оплаты труда медицинского персонала и т. п.), прямых предотвращенных затрат (экономия на лечении заболеваний, которые удалось предотвратить), косвенных затрат/выгод (потери производительности родителей, ухаживающих за больным ребенком).

В качестве достоинств подхода выделим стандартизованность и прозрачность методологии, что позволяет сравнивать разные профилактические программы за счет интегрированности в процедуры бюджетного планирования. В исследованиях Э. Фукс на примере программ иммунизации убедительно продемонстрирована высокая рентабельность инвестиций (ROI) несмотря на ограниченность модели [6].

В то же время ряд экспертов, включая М. Мармура [7], отмечают некоторые ограничения методологии при оценке детских программ:

– этическая проблема стоимостной оценки здоровья ребенка – использование подходов, основанных на стоимости предпочтений или стоимости человеческой жизни, вызывает этические возражения;

– игнорирование долгосрочных нематериальных эффектов – подход не учитывает такие ключевые последствия, как повышение качества жизни, снижение бремени для семьи, повышение образовательных результатов ребенка;

– высокая ставка дисконтирования – стандартное дисконтирование будущих выгод (как правило 3–5% годовых) обесценивает эффекты, проявившиеся через 20–30 лет (например, вклад предотвращенного ожирения в снижение сердечно-сосудистой заболеваемости во взрослом возрасте). Д. Голдхабер-Файберт

отмечает, что это создает некоторую предвзятость в отношении долгосрочных превентивных инвестиций [5].

2. Социально расширенный подход (человеческий капитал и общественная перспектива) – альтернативная парадигма, развиваемая в работах Дж. Хекмана [6], Д. Катлера [2] и их последователей, предлагающая оценивать программы с точки зрения общественной перспективы, рассматривая ребенка как будущий актив, формирующий человеческий капитал. Методология включает расширенный учет косвенных эффектов (влияние здоровья ребенка на его будущую производительность, заработную плату, налоговые отчисления), квантификацию социальных экстерналий (снижение преступности, повышение социальной сплоченности, межгенерационные эффекты (здоровые родители – здоровые дети)), применение низких или нулевых ставок дисконтирования для долгосрочных социальных выгод, что этически обосновывается принципом равенства поколений [8], использование натуральных показателей с последующим конвертированием в денежную форму через косвенные методы.

В качестве достоинств подхода определим определение полной социальной отдачи от инвестиций. Так, исследования Хекмана по программа раннего развития показали, что на каждый вложенный доллар общество получает до 7–10 долларов отдачи за счет роста заработков, снижения затрат на правоохранительную систему и социальную помощь [6].

В то же время экспертами отмечаются и ограничения подхода, заключающиеся в:

– сложности и неоднозначности расчетов – модели, применяемые в подходе, требуют построения сложных причинно-следственных цепочек (например, связь между вакцинацией против Ніб-инфекции, предотвращением менингита, сохранением когнитивных функций и будущей заработной платой), каждое звено которых вносит неопределенность;

– проблема атрибуции – сложно изолировать вклад определенной профилактической программы от влияния социально-экономического статуса семьи, уровня образования, состояния среды;

– слабая применимость в рамках текущего бюджетного процесса – результаты в виде совокупного общественного блага сложно конвертируются в аргументы для распределения ограниченного бюджета на здравоохранение.

Сравнение представленных подходов (табл. 1) демонстрирует их принципиальную комплементарность: узкоэкономический подход дает ответ на вопрос «выгодно ли плательщику инвестировать сейчас?», а социально-расширенный – «что приобретает или теряет общество в долгосрочной перспективе?». Следовательно, он обладает стратегической направленностью и более высокой значимостью в части общественного развития, что является элементом миссии здравоохранения.

В контексте российского здравоохранения наблюдается доминирование первого подхода, что по мнению ряда отечественных исследователей ведет к хроническому недофинансированию профилактических программ [1].

Таблица 1

Сравнительная оценка методологических подходов к оценке эффективности профилактических программ в детском здравоохранении

Параметр	Узкоэкономический подход	Социально-расширенный подход
1. Направленность перспективы	Плательщик (государственный бюджет, внебюджетный фонд, страховая компания)	Общество
2. Ключевой оцениваемый объект	Монетизированные потоки затрат и выгод	Накопление человеческого капитала, общественное благосостояние
3. Учитываемые эффекты	Прямые, частично косвенные (производительность)	Прямые, косвенные, социальные экстерналии, межпоколенческие
4. Горизонт планирования	Короткий/средний (до 5 лет)	Долгосрочный /жизненный цикл (20–50 лет)
5. Ставка дисконтирования	Высокая (3–5%)	Низкая/нулевая (0–1%)
6. Основное преимущество	Практичность, интегрированность в бюджетный процесс	Полнота оценки ситуации, учет стратегических эффектов
7. Основной недостаток	Систематическая недооценка долгосрочных программ	Методическая сложность, высокая неопределенность достигаемых результатов

Внедрение элементов второго подхода требует не только тщательной методологической проработки, но и изменения управленческой логики – перехода от

сметного финансирования медицинских услуг к оценке программ по их вкладу в долгосрочные национальные цели.

Очевидно, что оценка экономической эффективности детских профилактических программ не может быть сведена к упрощенным расчетам окупаемости. Для адекватного обоснования инвестиций необходим двухуровневый подход:

1) на оперативном уровне целесообразно применение модифицированного СВА с пониженной ставкой дисконтирования для долгосрочных медицинских выгод и включением базовых косвенных издержек;

2) на стратегическом уровне важно проведение углубленного анализа по модели человеческого капитала для ключевых национальных профилактических программ с целью формирования обоснования для их приоритизации.

Перспективным направлением дальнейших исследований станет разработка гибридных моделей, позволяющих количественно оценивать вклад отдельных программ в индикаторы национального развития (ВВП, индексы человеческого развития), а также создание стандартизированных протоколов для учета социальных эффектов в сложившихся реалиях.

### *Список литературы*

1. Организация и финансирование здравоохранения в России и в мире: тенденции и перспективы / С.В. Шишкин, И.М. Шейман, А.А. Алмазов [и др.]; под ред. С.В. Шишкина, И.М. Шеймана; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». – М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2025. – 520 с.

2. Cutler D.M., Lleras-Money A. Education and Health: Evaluating Theories and Evidence. NBER Working Paper No. 12352, 2006

3. Drummond M.F., Sculpher M.J. [et al.]. Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. 4th ed. Oxford University Press, 2015.

4. Fuchs, E. The Future of Children's Health: The Economics of Prevention. Journal of Health Economics, 2018. Vol. 57. Pp. 1–15.

5. Goldhaber-Fiebert J.D. Discounting in Pediatric Health Economic Evaluations: Ethical and Practical Considerations. *Pharmaco-Economics*, 2019. Vol. 37 (2). Pp. 171–178.

6. Heckman J.J. *The Economics of Human Development: Investing in Early Childhood*. Nobel Prize Lecture Series, 2017.

7. Marmor M. The Limits of Cost-Benefit Analysis in Pediatric Prevention. *Health Policy and Ethics*, 2020. Vol. 12 (3). Pp. 45–59.

8. Nordhaus W.D. *A Question of Balance: Weighing the Options on Global Warming Policies*. Yale University Press, 2008.