

В. Г. Климин, Н. Н. Кивелова, Л. Г. Каратаева, П. Г. Серебренников

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАСХОДОВАНИЯ СРЕДСТВ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ: ПРОБЛЕМЫ И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ РЕШЕНИЯ**

Министерство здравоохранения Свердловской области

Проблема эффективного использования средств в здравоохранении, которое, являясь отраслью социальной сферы, всегда испытывало их дефицит, оставалась актуальной на протяжении многих лет. Кроме того, оценка эффективности деятельности важна для правильного выбора приоритетов государственной отраслевой политики.

Новый импульс к развитию методов оценки деятельности здравоохранения был дан Правительством Российской Федерации, которое инициировало внедрение бюджетирования, ориентированного на результат. С 2004 г. органы государственной власти как главные распорядители бюджетных средств ежегодно готовят доклады о результатах и основных направлениях своей деятельности. Данные доклады включают систему целей и перечень показателей, позволяющих оценить степень достижения этих целей; они закладывают основу для систематической оценки эффективности деятельности органов власти, но ограничены рамками бюджетного процесса.

В 2007 г. вышел Указ Президента от 28 июня № 825 «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации», содержащий комплекс показателей, характеризующих в том числе состояние здравоохранения: здоровье населения, объемы оказанной медицинской помощи, обеспеченность отрасли ресурсами и эффективность их использования. Во исполнение Указа постановлением Правительства Российской Федерации от 15.04.2009 г. № 322 была утверждена методика оценки эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

В 2009 г. главы муниципальных образований впервые подготовили доклады об эффективности деятельности органов местного самоуправления в рамках реализации Указа Президента Российской Федерации от 28 апреля 2008 г. № 607 «Об оценке эффективности деятельности органов местного самоуправления городских округов и муниципальных районов»; показатели эффективности деятельности рассчитывались по аналогичной методике.

Утверждение перечня показателей и методики оценки эффективности федеральными нормативными актами, а также получение в результате примене-

ния методики оценки эффективности конкретных цифр неэффективных расходов значительно усилили мотивацию региональных и муниципальных властей к повышению эффективности управления, в том числе в сфере здравоохранения, поиску внутренних ресурсов для повышения качества оказываемой медицинской помощи, сокращения неэффективных расходов.

Основными направлениями повышения эффективности здравоохранения, заложенными в ряде нормативных и организационных документов, таких как Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в РФ (одобрена постановлением Правительства РФ от 05.11.1997 г. № 1387), Концепция долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 г. (утвержденная распоряжением Правительства РФ от 17.11.2008 г. № 1662-р), Концепция развития здравоохранения Свердловской области на 2007–2015 годы, утвержденная постановлением Правительства Свердловской области от 29.12.2006 г. № 1150-ПП, являются необходимость структурных преобразований в здравоохранении, повышение эффективности использования ресурсов, ориентация на приоритетное развитие амбулаторной помощи и стационарзамещающих технологий, рациональное сокращение (до уровня нормативных показателей) доли помощи, оказываемой в круглосуточных стационарах, в общем объеме медицинской помощи населению.

Необходимость этих преобразований определяется наличием в здравоохранении серьезных структурных диспропорций, неоптимальным соотношением первичной и специализированной, амбулаторной и стационарной помощи. Например, в российском здравоохранении доля врачей участковых служб не превышает 25% против 45–55% в западных странах, хотя чем выше доля врачей первичного звена, тем меньше средств необходимо для достижения конечных результатов функционирования системы здравоохранения. Частота направления российского больного к врачам-специалистам превышает 30% от числа первичных посещений к участковому врачу, в то время как в западных странах эта доля не превышает 4–10%. Число койко-дней на 1 жителя в России почти в 2 раза выше, чем в среднем по странам Европейского сообщества. Доля стационарной помощи в России в общем объеме расходов на здравоохранение превышает 60% (в Свердловской области – 61,6% в 2008 г.) против 30–40% в европейских странах. Методика оценки эффективности территориальных систем здравоохранения Российской Федерации (разработана по исполнению двухгодичного Соглашения о сотрудничестве между Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Европейским региональным бюро Всемирной организации здравоохранения на 2006/2007 гг. (Москва, декабрь 2007 г.).

Неэффективные расходы в российском здравоохранении в целом значительны. Так, 29,2 млрд. руб. неэффективно тратится вследствие условной избыточной численности работающих в отрасли; 17,7 млрд. руб. – из-за высокого уровня госпитализации; 16,1 млрд. руб. – излишней продолжительности лечения; 6 млрд. руб. – избыточного коечного фонда; 3,9 млрд. руб. – простаивающих коек.

При оценке показателей областного здравоохранения основной «зоной неэффективности» является избыточная стационарная помощь. Согласно эксперт-

ной оценке показателей Свердловской области, проведенной Администрацией Президента РФ на основании Указа Президента РФ от 28 июня 2008 г. № 825, в 2007 г. за счет излишних и потому простаивающих коек неэффективные расходы составили 322,7 млн. руб., неэффективные расходы из-за излишних случаев госпитализации – 502,3 млн. руб. Результаты расчетов по неэффективным расходам в сфере здравоохранения Свердловской области за 2008 г. приведены в табл. 1.

Таблица 1

**Неэффективные расходы в сфере здравоохранения Свердловской области за 2008 г.**

Наименование показателя	Сумма, тыс. руб.
Объем неэффективных расходов на кадровое обеспечение	0
Неэффективные расходы на управление объемами стационарной помощи	602 496,0
Неэффективные расходы на управление объемами скорой медицинской помощи	65 870,6
Итого объем неэффективных расходов в сфере здравоохранения	668 366,6
Доля неэффективных расходов в сфере здравоохранения в общем объеме расходов консолидированного бюджета субъекта в сфере здравоохранения, %	2,62

В течение 2008–2009 гг. был осуществлен ряд мероприятий, которые привели к тому, что, по предварительной оценке, в 2009 г. неэффективные расходы по основным показателям будут отсутствовать.

Вместе с тем методика расчета неэффективных расходов такова, что расчет проводится лишь при превышении достигнутых значений показателей над нормативными (целевыми) значениями. Но, во-первых, если целевые показатели не превышены, это еще не свидетельствует об эффективности деятельности, и, во-вторых, даже поступающие в недостаточном количестве ресурсы могут использоваться неэффективно.

Сокращение неэффективных расходов должно производиться посредством изменения структуры оказания медицинской помощи и организационных мероприятий соответственно расчетам по дополнительным показателям неэффективных расходов, представленным в табл. 2.

Таблица 2

**Дополнительные показатели неэффективных расходов**

Наименование показателя	Сумма, тыс. руб.		
	2008	2009	2010
Объем неэффективных расходов вследствие излишнего количества коек	152 090,8	0	0
Объем неэффективных расходов, связанных с недостаточной занятостью больничных коек	0	0	0
Объем неэффективных расходов на стационарную медицинскую помощь вследствие высокого уровня госпитализации	73 993,8	19031,8	0

Для сокращения объема неэффективных расходов вследствие излишнего количества коек, с целью преодоления недостатков в организации медицинской помощи населению, проведения реструктуризации системы здравоохранения области Министерством здравоохранения Свердловской области разрабатывается четырехуровневая модель организации медицинской помощи и ее ресурсного обеспечения, соответствующая структуре обоснованной потребности населения в медицинской помощи, сформированная на основе комплексного подхода с охватом всех секторов и служб здравоохранения, предусматривающая соблюдение основных принципов организации медицинской помощи -- доступности, преемственности, этапности. Одним из ожидаемых результатов новой организационной модели медицинской помощи планируется достижение оптимальной структуры коечного фонда на всех уровнях ее оказания.

Планируется постепенное уменьшение коечного фонда до 90 коек на 10 тыс. человек населения к 2011 г., при этом в 2009 г. планируется сокращение 1495 коек; при согласовании государственного и муниципального заданий на 2010 г. в рамках Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации, проживающим в Свердловской области, бесплатной медицинской помощи, ожидается сокращение еще 1248 коек. Таким образом, неэффективные расходы вследствие излишнего количества коек в 2009 и 2010 гг., по предварительной оценке, будут отсутствовать.

Уровень госпитализации в государственные (муниципальные) учреждения здравоохранения в расчете на 100 человек населения в 2008 г. снизился на 1,8% и составил 22,2 случая, но все еще превышает федеральный норматив (19,7 на 100 человек населения). Намотившаяся с 2007 г. тенденция снижения уровня госпитализации является благоприятным показателем, свидетельствующим о повышении эффективности функционирования отрасли, переориентации части дорогостоящей стационарной помощи в менее затратные дневные стационары и поликлиники. Оценочно уровень госпитализации в круглосуточные стационары Свердловской области в 2009 г. составит 21,8 на 100 человек населения. Для повышения эффективности деятельности отрасли в Свердловской области проводится ряд мероприятий.

Начиная с 2008 г. действует приказ о мониторинге эффективности деятельности муниципальных учреждений здравоохранения, утверждающий перечень показателей деятельности муниципального здравоохранения; на его основе строится рейтинг муниципальных образований; со второго полугодия 2009 г. организован мониторинг деятельности областных государственных учреждений здравоохранения Свердловской области с общими показателями для всех областных лечебных учреждений и дополнительными по профилям медицинской помощи (противотуберкулезной, психиатрической, наркологической, дерматовенерологической, детям в домах ребенка и т. д.). Подготовлен проект соглашения на 2010 г. с муниципальными образованиями о взаимодействии в целях повышения эффективности управления в сфере здравоохранения.

Готовится проект постановления Правительства Свердловской области о порядке привлечения медицинских организаций иных форм собственности к оказанию медицинской помощи населению с целью оптимизации расходов средств

обязательного медицинского страхования и реализации прав граждан на гарантированную медицинскую помощь, упорядочения реализации Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации, проживающим на территории Свердловской области, бесплатной медицинской помощи.

Разработаны и утверждены реестры и паспорта государственных услуг, оказываемых в государственных учреждениях здравоохранения, объемов государственных услуг для эффективного планирования расходов областного бюджета.

Разрабатываются новые медико-экономические стандарты (МЭС) для оплаты случаев лечения в круглосуточных и дневных стационарах на основе адаптации федеральных стандартов медицинской помощи с целью стандартизации обследования больных, использования лекарственных средств с доказанной эффективностью, современных методов диагностики и лечения взамен медико-экономических стандартов, действующих в Свердловской области с 1995 г. Внедрение новых стандартов потребует изменения подходов и к системе сертификации областного здравоохранения, поэтому вслед за новыми МЭС появятся организационно-технологические стандарты, устанавливающие ряд требований к стационарным и стационарзамещающим подразделениям ЛПУ, амбулаторно-поликлинической службе.

Постановлением Правительства Свердловской области от 11.09.2009 г. № 967-ПП одобрена Концепция по управлению контролем качества в здравоохранении, основанная на процессном подходе к управлению и предлагающая показатели оценки качества медицинской помощи.

Аксиомой является положение об эффективности профилактического подхода, ранней диагностики заболеваний и своевременного лечения. Одним из проблемных вопросов свердловского здравоохранения остается высокий уровень заболеваемости злокачественными новообразованиями при недостаточном уровне их выявления. С 2009 г. в муниципальных ЛПУ возобновлена деятельность смотровых кабинетов для выявления онкологических заболеваний. Для каждого муниципального образования установлен индивидуальный индикаторный показатель раннего выявления визуальных локализаций злокачественных новообразований с учетом территориальных особенностей здравоохранения и уровня предшествующей противораковой работы. Активно работает противораковая комиссия Министерства здравоохранения Свердловской области.

С целью развития и укрепления профилактического направления Свердловская область стала участником нового направления приоритетного национального проекта «Здоровье» по формированию здорового образа жизни. В мае 2009 г. принято постановление Правительства Свердловской области об утверждении Концепции формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний в Свердловской области на период до 2020 г.

Для повышения эффективности управления отраслью проводится работа по внедрению информационных технологий в повседневную жизнь здравоохранения. Разрабатываются стандарт и паспорт телемедицинской консультации; в планах – автоматизация службы скорой медицинской помощи, пилотный проект «Единая регистратура» в одном из городов области. Внедряется автоматизиро-

ванная система мониторинга беременных, система демографического мониторинга (электронная база рождений и смертей).

Финансово-экономическая ситуация, сложившаяся в Свердловской области в 2009 г., при сохранившейся неэффективной структуре оказания помощи потребовала оперативного принятия комплекса мероприятий, направленных на оптимизацию расходов ОМС и бюджета.

В целях сокращения объема неэффективных расходов на стационарную медицинскую помощь вследствие высокого уровня госпитализации рядом совместных приказов Министерства здравоохранения и Территориального фонда ОМС сделан акцент на организацию и развитие стационарзамещающих технологий, сокращение объемов стационарной медицинской помощи и необоснованных госпитализаций в круглосуточные стационары. Введены строгий контроль, учет и оперативная корректировка объемов Территориальной программы госгарантий. Формирование Территориальной программы государственных гарантий на 2010 г. проведено на основе нормативной потребности населения в медицинской помощи с приведением коечного фонда в соответствие с выполняемыми объемами.

В целях обеспечения первоочередных расходов, связанных с выплатой заработной платы, лекарственным обеспечением, закупкой продуктов питания, оплатой коммунальных услуг областных государственных учреждений здравоохранения утверждены мероприятия по оптимизации использования лимитов бюджетных обязательств.

Введен ежедневный финансовый контроллинг деятельности областных государственных и муниципальных учреждений здравоохранения Свердловской области. Контроллингом предусмотрено отслеживание ситуации по выплате заработной платы, наличию запасов медикаментов и продуктов питания, динамике кредиторской задолженности, наличию финансовых ресурсов по всем источникам финансирования. Целью контроллинга является оперативное управление системой здравоохранения Свердловской области в условиях сложной экономической ситуации.

Утвержден и реализуется план мероприятий Министерства здравоохранения по стабилизации социально-экономической ситуации и оптимизации использования ресурсного потенциала здравоохранения Свердловской области. Работает антикризисная комиссия Министерства, на которой еженедельно рассматриваются актуальные вопросы по стабилизации ситуации и оптимизации использования ресурсов.

Эффективным способом управления ресурсами в условиях ограниченного финансирования является их централизация. Одним из решений в этом направлении является реформирование структуры сети однопрофильных учреждений путем их укрупнения. Сейчас проводится процедура централизации психиатрической, противотуберкулезной служб и домов ребенка.

Проводится эксперимент по внедрению отраслевой системы оплаты труда в областных и муниципальных учреждениях здравоохранения.

Для достижения сбалансированности реализации областных программ лекарственного обеспечения населения Свердловской области прорабатывается вопрос централизованных закупок медикаментов на конкурсной основе, проводятся

меры по повышению обоснованности выписки лекарственных средств, перечни лекарственных средств пересориентируются на импортозамещение и исключение дорогостоящих аналогов. Ведется мониторинг цен на лекарственные препараты в ежесмесячном режиме по утвержденным федеральными нормативными документами перечням лекарственных средств.

Проводимые мероприятия стратегического, тактического и оперативного характера позволят не только снизить неэффективные расходы в здравоохранении, но и оптимизировать структуру и оплату медицинской помощи.

Н. Н. Кивелева

## **БЮДЖЕТИРОВАНИЕ, ОРИЕНТИРОВАННОЕ НА РЕЗУЛЬТАТ: ПРОБЛЕМЫ ВНЕДРЕНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

Министерство здравоохранения Свердловской области

Необходимость в реформировании бюджетного процесса возникла в начале 2000-х гг. К данному периоду в основном были решены задачи стабильного финансирования бюджетного сектора, и введенный в действие Бюджетный кодекс Российской Федерации [1] установил основы бюджетной системы и бюджетного процесса, сформировалась система казначейского исполнения бюджета. Вместе с тем проблемой оставалось достижение максимальной результативности и эффективности бюджетных расходов, которое проявлялось в отсутствии среднесрочного планирования, четко сформулированных целей и конечных результатов использования бюджетных средств, предоставлении бюджетных ассигнований учреждениям на основе индексации расходов предыдущего периода, ограничении самостоятельности и ответственности получателей бюджетных средств.

Точкой отсчета начала реального реформирования бюджетного процесса, на наш взгляд, следует считать одобрение Правительством Российской Федерации в мае 2004 г. Концепции реформирования бюджетного процесса в Российской Федерации в 2004–2006 гг. Целью реформы бюджетного процесса являлось создание условий и предпосылок для максимально эффективного управления государственными (муниципальными) финансами в соответствии с приоритетами государственной политики. Сущность реформирования заключалась в смещении акцентов бюджетного процесса от «управления затратами» к «управлению результатами» и внедрении бюджетирования, ориентированного на результат (БОР). Основными направлениями реформирования в соответствии с Концепцией являются:

- реформирование бюджетной классификации Российской Федерации и бюджетного учета;
- определение бюджетов действующих и принимаемых обязательств;
- совершенствование среднесрочного финансового планирования;