

УДК [336.531.2:614]:(470):[364.3:005.581.1]

**ФИНАНСОВЫЙ МОНИТОРИНГ И КОНТРОЛЬ РЕАЛИЗАЦИИ
ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ПРОГРАММ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ
БЕСПЛАТНОЙ МЕДПОМОЩИ:
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ**

Путина С.А.

*Астраханский государственный технический университет,
Астрахань e-mail: putina.sweta2015@yandex.ru*

В статье рассмотрены вопросы финансового мониторинга и контроля территориальных программ государственных гарантий бесплатной медицинской помощи. Условия финансового обеспечения здравоохранения на практике значительно отличаются от заявленных в Программе государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи. Для исправления данной ситуации требуется совершенствование системы мониторинга и контроля реализации программы государственных гарантий. Спектр применяемых методов анализа и способов обработки данных конкретизируется в каждом отдельном случае. Весьма важной является не столько фиксация индикатора, сколько его правильная оценка с отражением позитивной/негативной динамики. С этой целью следует предварительно задать вектор-эталон изменений каждого индикатора. Важным направлением развития мониторинга и контроля реализации госгарантий является устранение методологической рассогласованности формирования федеральной программы государственных гарантий и территориальных программ государственных гарантий.

Ключевые слова: национальное здравоохранение, программа государственных гарантий, мониторинг, контроль, контроллинг

**FINANCIAL MONITORING AND CONTROL OF IMPLEMENTATION
OF TERRITORIAL PROGRAMS OF STATE GUARANTEES OF FREE MEDICAL
CARE: CURRENT PROBLEMS AND DIRECTIONS OF DEVELOPMENT**

Putina S.A.

Astrakhan state technical university, Astrakhan, e-mail: putina.sweta2015@yandex.ru

In article questions of financial monitoring and control of territorial programs of the state guarantees of free medical care are considered. Conditions of financial security of health care in practice considerably differ from the state guarantees of rendering free medical care declared in the Program. Correction of this situation requires improvement of system of monitoring and control of implementation of the program of the state guarantees. The range of the applied techniques of the analysis and ways of data processing is concretized in each separate case. Fixing of the indicator, how many its correct assessment with reflection of positive/negative dynamics is very important not so much. For this purpose it is necessary to set a vector standard of changes of each indicator previously. The important direction of development of monitoring and control of realization of state guarantees is elimination of a methodological mismatch of formation of the federal program of the state guarantees and territorial programs of the state guarantees.

Keywords: national health, program of state guarantees, monitoring, control, controlling

Важной проблемой сбалансированности Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи (ПГГ), нацеленной на обеспечение доступности и качества медпомощи, является то, что устанавливаемые в ней объемы медпомощи по видам не изменялись в течение многих лет и не дифференцировались по регионам в зависимости от территориальной доступности бюджетных услуг, а также демографических особенностей региона.

Анализ контрольной деятельности по реализации ПГГ позволил установить, что принимая ежегодно ПГГ, как основополагающий программный документ в сфере здравоохранения, допускаются нарушения принципа программно-целевого планиро-

вания – рассогласованность программных индикаторов и их значений, в силу чего при его формировании становится невозможной организация эффективной системы мониторинга и контроля ПГГ и ТПГГ [1, 2].

Как известно, структура ТПГГ включает основную часть (регламентирующую затраты на четыре вида медпомощи) и дополнительную (четко не регламентирующую, но учитываемую в подушевом нормативе). Отсутствие единой рекомендованной методики адаптации нормативов к территориальным условиям (возрастно-гендерного состава, уровня и структуры заболеваемости), а также дифференциации нормативов объема и стоимости по врачебным специальностям, профилям и уровням оказания

медпомощи ведет к использованию различных подходов в субъектах, к различию при согласовании выбора источника покрытия дефицита ТПГГ на федеральном уровне [3].

На федеральном уровне при разработке ПГГ принимаются во внимание факторы половозрастные и уровня заболеваемости, на территориальном, в дополнение к ним, учитывается и структура заболеваемости. Механизм укрупнения данных посредством их объединения в группы обратно отсутствует.

Региональные бюджеты, выступая финансовыми гарантами реализации ТПГГ, не всегда в состоянии обеспечить полноценное и своевременное возмещение затрат ЛПУ, а ОМС не предусмотрено содержание их имущества. Это обуславливает возникновение противоречий между объемами госзаказов на медуслуги и их финансовым обеспечением. Таким образом, на практике условия финансового обеспечения здравоохранения значительно отличаются от заявленных в ПГГ. Отметим как особенность нерегламентированность в ПГГ в рамках норматива подушевого финансирования медпомощи дополнительных ресурсов на финансовое обеспечение прочих видов помощи. Указанное выше требует при формировании рациональной системы мониторинга и контроля реализации ПГГ учета несоответствия фактического финансового обеспечения медпомощи в рамках базовых программ ОМС и регламентированного порядка их поступления и расходования (рис. 1).

тированность на сохранение и укрепление здоровья населения; неполное соответствие системы индикаторов перечню регламентированных видов медпомощи; отсутствие единой методики адаптации объемных и стоимостных нормативов ПГГ к условиям территорий; отсутствие единого подхода к нормированию объемов и стоимости различных видов медпомощи; методическая рассогласованность формирования ПГГ и ТПГГ; необходимость корректировки объемно-финансовых показателей; регламентация на федеральном уровне неполного тарифа на виды медпомощи; неполный учет динамики здоровья и демографии населения.

Основными причинами, обусловившими необходимость мониторинга и контроля реализации ПГГ, стали: четкое установление госгарантий бесплатной медпомощи, выполнение которых требует адекватной системы учета, контроля и оценки результатов; необходимость обеспечения равенства всех категорий граждан страны в получении качественной и доступной медпомощи независимо от места жительства, состояния здоровья, возраста и пола; изменение принципов планирования в здравоохранении через подушевое финансирование; потребность повышения результативности управления национальной системой здравоохранения. На эффективность мониторинга и контроля влияют: необходимость учета деятельности здравоохранения сверх ПГГ; дублирование расширенной информации; игнорирование ряда показателей в процессе формирования



Рис. 1. Модель финансового обеспечения реализации ПГГ национального здравоохранения России через систему ОМС [составлено автором]

Вышеуказанное позволяет сформулировать дефекты при формировании концептуальных положений ПГГ: слабая ориен-

тированность на сохранение и укрепление здоровья населения; неполное соответствие системы индикаторов перечню регламентированных видов медпомощи; отсутствие единой методики адаптации объемных и стоимостных нормативов ПГГ к условиям территорий; отсутствие единого подхода к нормированию объемов и стоимости различных видов медпомощи; методическая рассогласованность формирования ПГГ и ТПГГ; необходимость корректировки объемно-финансовых показателей; регламентация на федеральном уровне неполного тарифа на виды медпомощи; неполный учет динамики здоровья и демографии населения.

Оценка степени реализации ПГГ включает: научное обоснование приведения ресурсного и объемного нормативов к территориальным условиям; обработку статистических данных и расчет показателей реализации ПГГ и ТППГ; ранжирование территорий по степени достижения объемных и стоимостных показателей; подушевого норматива финансирования; дифференциацию субъектов федерации по сочетанию степени реализации объемного и стоимостного норматива, достижения норматива подушевого финансирования основных видов медпомощи и его динамики.

Анализ хода реализации ПГГ в 2012–2013 годах показал, что все субъекты РФ реализовывали ТППГ в соответствии с программами госгарантий на конкретный год. В анализируемый период в целом по стране и в большинстве субъектов отмечены позитивные тенденции увеличения объемов амбулаторной и высокотехнологичной медпомощи, сокращения объемов стационарной медпомощи и, соответственно, доли расходов на нее при одновременном возрастании доли расходов на амбулаторную медпомощь, в т.ч. предоставляемую в дневных стационарах.

Сравнение сформированных Минздравом России средних нормативов объема медпомощи и средних нормативов финансовых затрат на единицу объема медпомощи показало: сокращение на 1,9% средних нормативов объема первичной медико-санитарной помощи; сокращение на 5,2% средних нормативов оказания медпомощи в стационарных условиях; необходимость наличия не менее 13 046 коек медицинской реабилитации в ЛПУ, оказывающих медпомощь в рамках ОМС, с учетом установленных ПГГ средних нормативов ее объема, при фактически развернутой 12 621 койке (96,7% от потребности). Указанные несоответствия привели к формированию дефицита средств территориальных ПГГ. Выявлено, что во всех субъектах федерации в нарушение ч. 11 ст. 36 Федерального закона № 326-ФЗ стоимость территориальных программ ОМС превышает размер бюджетных ассигнований на их реализацию. Это привело к завышению в территориальных ПГГ фактического размера подушевого норматива финансового обеспечения территориальных программ ОМС. В 2013 г. 60 субъектов, а в 2014 – 59 субъектов утвердили свои программы с дефицитом средств консолидированного бюджета (в 2013 г. размер дефицита составил 63 268,1 млн руб., в 2014 – 101 662,4 млн руб.), в результате чего размер подушевого норматива финансирования был установлен ниже федеральных значений.

Расчет потребности в финансовом обеспечении ПГГ для оплаты оказываемой медпомощи, нормативов финансовых затрат на единицу объема медпомощи осуществляется Минздравом России только исходя из фактически сложившихся объемов медпомощи и объемов ее финансирования. В данной связи предлагаемые средние размеры подушевого норматива финансирования ПГГ не отвечают реальным потребностям и не позволяют сформировать адекватный тариф на оплату медпомощи.

Анализ фактической стоимости единицы объема оказанной медпомощи, в т.ч. в сравнении между субъектами федерации, показал ее значительные различия, как следствие отсутствия в 2013 году единой методики расчета стоимости медицинской услуги и тарифа на оплату медпомощи.

Анализ фактически выполненных в 2013 г. объемов медпомощи в сравнении с утвержденными ПГГ нормативными значениями и данными 2012 г. свидетельствует о сокращении: посещений врачей с 1 192,0 млн до 1 189,0 млн посещений на фоне сокращения числа АПУ с 16 537 в 2012 г. до 16 461 в 2013 г.; больничных организаций с 6 172 в 2012 г. до 5 870 в 2013 г.; коек медицинских организаций с 1 202,6 тыс. до 1 167,7 тыс.; сокращение числа врачей с 594,7 тыс. до 587,5 тыс. человек, средних медработников с 1 299,3 тыс. человек до 1 295,7 тыс. человек.

Обобщая вышеприведенное, следует отметить, что для повышения результативности расходования средств ТППГ необходимо:

- обеспечить, с учетом территориальных условий (возрастно-гендерный состав населения, уровень и структура заболеваемости, климатические и географические условия, транспортная доступность ЛПУ), а также сбалансированности планируемых объемов медпомощи и их финансирования, включая уплату страховых взносов на ОМС неработающих граждан в размере, необходимом для реализации ТППГ в соответствии с нормативами;

- осуществлять мониторинг и контроль выполнения государственных и муниципальных заданий с целью недопущения сокращения расходов региональных консолидированных бюджетов и средств ОМС на ТППГ, включая зарплату медработников, затраты на медикаменты, продукты питания и др. в стационарах;

- учитывать, наряду с показателями объемов медпомощи и их финансирования, выполнение целевых значений критериев здоровья населения, качества и доступности медпомощи при оценке эффективности реализации ТППГ;

Выявленные проблемы указывают на необходимость организации корректной системы мониторинга и контроля реализации ПГГ по направлениям:

а) совершенствование программного документа;

б) разработка оптимальной системы мониторинга и контроля, полностью отвечающей заявленным государством целям.

Важно, что каждая задача, поставленная в ПГГ, должна иметь соответствующее нормативно установленное количественное выражение. Нормативный характер ее индикаторов позволяет учитывать приоритеты и специфику здравоохранения с ее четко выраженным социальным характером и последующую оценку эффективности реализации программы во взаимосвязи базовых и производных показателей. С данной точки зрения разделы ПГГ требуют тщательной проверки на соответствие друг другу с акцентом на вопросах корреспонденции видов медпомощи, источников финансирования и гарантированных нормативов. При формировании нормативов требуется систематизация и учет следующих ограничений: разделение граждан на категории для целей получения медпомощи, перечни видов заболеваний/состояний, типы ЛПУ и профили специальностей медработников, допущенных к участию в реализации ПГГ. Каждый вид (подвид) медпомощи требует установления четких и однозначных объемных и стоимостных нормативов. При этом принципы формирования нормативов объемов помощи и финансовых затрат должны быть универсальными для всех видов медпомощи или позволяющими выработать подшевные нормативы [5, 6].

Следующим направлением развития мониторинга и контроля реализации госгарантий является устранение методологической рассогласованности ее формирования ПГГ и ТПГГ. В ПГГ необходимо четко указать, что регламентированные в ней нормативы являются минимальными, и поэтому обязательными для исполнения. Адаптированные территориальные нормативы могут быть выше, в зависимости от конкретного значения корректируемых параметров. Необходимо формировать минимально необходимую ТПГГ на основе потребностей граждан в медпомощи, рассчитывая ее на базе нормативов ПГГ по единой методике для всех субъектов РФ, по принципу «снизу вверх», суммируя объемы медпомощи начиная с муниципального уровня и до федерального уровня. В случае недостатка собственных средств субъекты РФ в установленном порядке получают из федеральных средств субвенции. При наличии достаточного ко-

личества ресурсов в ТПГГ включаются дополнительные объемы и виды медпомощи.

Отметим, что на практике наблюдается повышенное внимание к регулированию финансовых потоков, смещение акцентов с цели реализации ПГГ на способы ее достижения. Необходимость внесения корректив в перечень устанавливаемых показателей ПГГ обусловлена и тем, что в настоящее время перечень задач мониторинга и контроля реализации не включает оценку ее медико-социального эффекта, что противоречит принципам программно-целевого планирования.

Поскольку нормативная база ПГГ разрабатывалась для медико-демографической ситуации 1997 г. как расчетного, следует произвести ее коррекцию с учетом изменений, причем ежегодно как по стоимостным, так и объемным показателям. Возможны два способа ежегодной коррекции: пересчет всех нормативов по утвержденной методике; с применением коэффициентов приведения (менее затратный вариант).

В целях исключения возможности искажения информации модернизация статистического обеспечения должна предусматривать организацию эффективной системы вневедомственного контроля. Состав основных индикаторов для проведения мониторинга регламентирован ПГГ и соответствует заложенным в ней нормативам. Их набор определяется на основании принципа «сверху вниз», дезагрегируясь от федерального к региональному уровню управления. Формирование системы мониторинга: вышестоящие органы управления здравоохранением формулируют цели, задачи и методику его осуществления, а получаемая отчетность консолидируется «снизу вверх». В перспективе необходима организация обособленного Центра контроллинга ПГГ на федеральном уровне управления, поскольку решение задач сбора, обработки и оценки информации подведомственной структурой не может обеспечить соблюдения принципа объективности целей медико-социального мониторинга и контроля. Причины этого следующие:

а) контроль реализации ПГГ, проводимый заинтересованным ведомством, весьма трудно осуществлять беспристрастно;

б) на уровне отдельно взятой системы национального здравоохранения невозможно отслеживать весь комплекс факторов и условий, влияющих на состояние здоровья населения, и, соответственно, обоснованно формировать потребность в медпомощи по ее видам, поскольку весь комплекс необходимых данных в системе здравоохранения отсутствует.

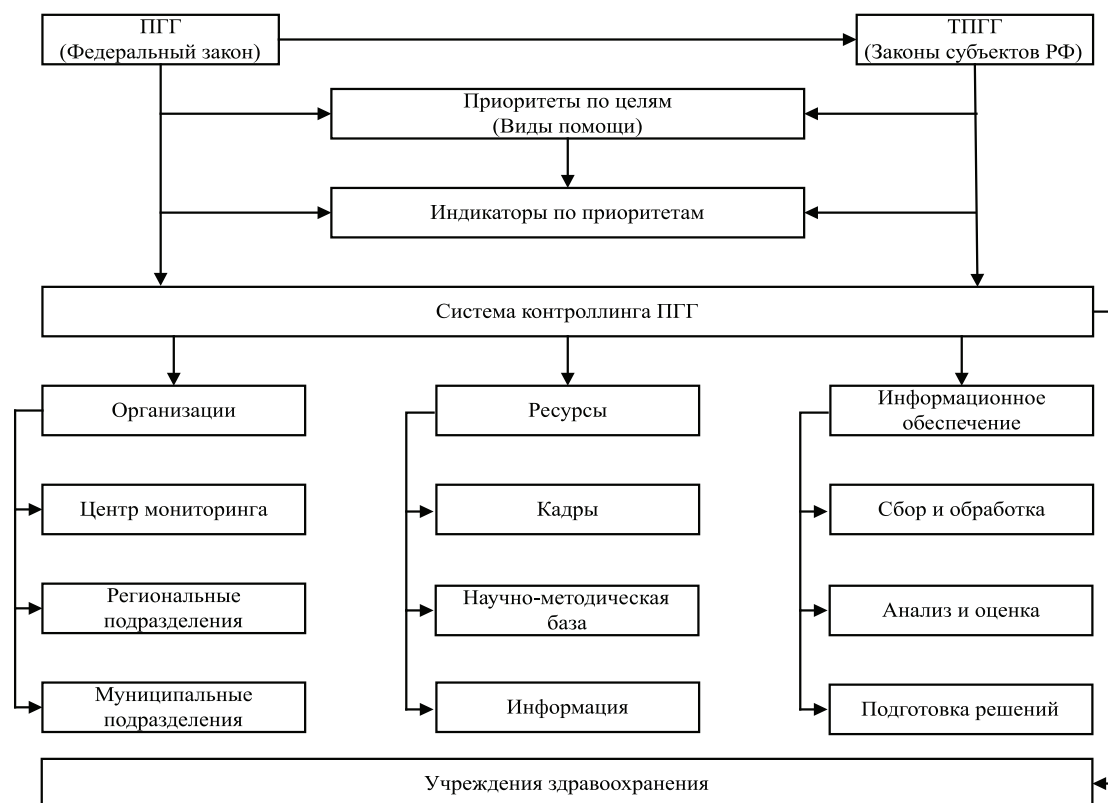


Рис. 2. Организационная структура системы контроллинга ПГГ [составлено автором]

В то же время эти данные систематически отслеживаются в смежных системах. Организация межведомственного центра позволила бы рационально решить данную проблему (рис. 2).

Интегральным показателем структуры финансовых затрат следует считать индикатор сбалансированности ПГГ. Задачи мониторинга в части эффективного контроля реализации установленных нормативов требуют формулирования индикатора как степени достижения нормативного уровня. По результатам оценки стандартных индикаторов на предмет установления факторов, приведших к возникновению предкризисных ситуаций, отбираются соответствующие для обработки в рамках аналитического модуля. При этом источником анализа служат массивы потребной дополнительной статистической информации, ведомственной статистики и др. Спектр применяемых методик анализа и способов обработки данных конкретизируется в каждом отдельном случае.

На наш взгляд, используемая Минздравом методика комплексной оценки, разработанная профессором В. Флеком,

нуждается в дополнении с введением интегральных индикаторов, учитывающих комплекс основных системообразующих факторов ПГГ в их взаимосвязи и позволяющих сделать обоснованный вывод о степени достижения стратегической цели и реализации тактических задач, о влиянии конкретных индикаторов на достижение поставленной цели. Оценке подлежит весь комплекс индикаторов, заложенных в ПГГ. Для корректной оценки результатов реализации ПГГ и ТПГГ требуется дополнительно ввести критерии, позволяющие установить факт и степень достижения заявленных индикаторов. Весьма важной является не столько фиксация индикатора, сколько его правильная оценка с отражением позитивной/негативной динамики. С этой целью следует предварительно задать вектор-эталон изменений каждого индикатора. Весьма важным условием рационального развития системы мониторинга и контроля реализации ПГГ выступает использование получаемых сведений для обеспечения лучших результатов в сфере охраны здоровья граждан.

Список литературы

1. Акишкин В.Г., Арыкбаев Р.К., Крупнов П.А., Евсева А.Р., Набиев Р.А. Организация финансовой системы здравоохранения: теория и практика: монография. – Волгоград: Волгоградское научное издательство, 2010. – 405 с.
2. Акишкин В.Г., Квятковский И.Е., Путина С.А. Региональное здравоохранение в условиях институциональных преобразований: экономико-финансовый аспект: монография. – Волгоград: Волгоградское научное издательство, 2014. – 277 с.
3. Арыкбаев Р.К., Набиев Р.А., Зверев В.В., Квятковский И.Е. Региональная финансовая политика в сфере здравоохранения в условиях институциональных преобразований // Экономика и предпринимательство. – 2014. – № 11–3 (52–3). – С. 242–248.
4. Евсева А.Р., Набиев Р.А., Тюякпаева А.А. Результативность бюджетных расходов в здравоохранении: теория и практика: монография. – Астрахань: Изд-во АГТУ, 2010. – 156 с.
5. Контроллинг / под ред. А.М. Карминского, С.Г. Фалькао. – М.: Финансы и статистика, 2012.
6. Султанов Г.С. Формы улучшения инвестиционного климата как базиса формирования эффективной инвестиционной политики // Экономика и предпринимательство. – 2014. – № 12–2. – С. 367.

References

1. Akishkin V.G., Arykbaev R.K., Krupnov P.A., Evseva A.R., Nabiev R.A. Organizacija finansovoj sistemy zdra-

voohranenija: teorija i praktika: monografija. Volgograd: Volgogradskoe nauchnoe izdatelstvo, 2010. 405 p.

2. Akishkin V.G., Kvjatkovskij I.E., Putina S.A. Regionalnoe zdravooohranenie v uslovijah institucionalnyh preobrazovanij: jekonomiko-finansovyy aspekt: monografija. Volgograd: Volgogradskoe nauchnoe izdatelstvo, 2014. 277 p.

3. Arykbaev R.K., Nabiev R.A., Zverev V.V., Kvjatkovskij I.E. Regionalnaja finansovaja politika v sfere zdravooohranenija v uslovijah institucionalnyh preobrazovanij // Jekonomika i predprinimatelstvo. 2014. no. 11–3 (52–3). pp. 242–248.

4. Evseeva A.R., Nabiev R.A., Tjujakpaeva A.A. Rezultativnost bjudzhetnyh rashodov v zdravooohranenii: teorija i praktika: monografija. Astrahan: Izd-vo AGTU, 2010. 156 p.

5. Kontrolling / pod red. A.M. Karminskogo, S.G. Falkao. M.: Finansy i statistika, 2012.

6. Sultanov G.S. Formy uluchshenija investicionnogo klimata kak bazisa formirovanija jeffektivnoj investicionnoj politiki // Jekonomika i predprinimatelstvo. 2014. no. 12–2. pp. 367.

Рецензенты:

Арыкбаев Р.К., д.э.н., профессор, заведующий кафедрой «Национальная безопасность», ФГБОУ ВПО «Астраханский государственный университет», г. Астрахань;

Бережнов Г.В., д.э.н., профессор кафедры «Менеджмент», ФГБОУ ВПО «Астраханский государственный технический университет», г. Астрахань.