

1. НАЛОГООБЛОЖЕНИЕ И ФИНАНСОВЫЙ КОНТРОЛЬ

1.1. ОСОБЕННОСТИ АУДИТА ЭФФЕКТИВНОСТИ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

Корсакова Е.Д., к.э.н., доцент кафедры «Финансы»;
Макарова С.Н., к.э.н., доцент кафедры «Финансы»;
Козлова С.А., магистрант кафедры «Финансы»

Сибирский федеральный университет

Предлагается система целей, показателей и критериев оценки при проведении аудита эффективности финансирования системы здравоохранения на региональном уровне. Описаны результаты их апробации на примере Красноярского края. Рекомендуемые показатели и критерии позволяют выявить внутренние резервы повышения социальной, структурной и экономической эффективности финансирования системы здравоохранения на региональном уровне.

В рамках Прогноза социально-экономического развития РФ на 2013 г. и плановый период 2014-2015 гг., разработанного Министерством экономического развития РФ (Минэкономразвития РФ), в сфере здравоохранения предполагается реализация мер по обеспечению модернизации системы здравоохранения, более эффективному использованию имеющихся финансовых и материально-технических ресурсов и формированию системы, обеспечивающей доступность и высокое качество медицинской помощи в соответствии с потребностями населения и передовыми достижениями медицинской науки [2].

Решение поставленных задач становится возможным благодаря внедрению бюджетирования, ориентированного на результат, поскольку одной из задач данного подхода является контроль соответствия затраченных ресурсов и полученных результатов, оценка значимости, а также экономической и социальной эффективности тех или иных видов деятельности [8]. Проводится такого рода контроль в виде аудита эффективности использования государственных средств.

Целью исследования является разработка рекомендаций по выбору критериев и показателей оценки в процессе аудита эффективности финансирования системы здравоохранения, как одной из социально значимых отраслей.

Для реализации цели поставлены следующие задачи:

- рассмотреть особенности финансирования системы здравоохранения на региональном уровне;
- провести анализ применяемых методов оценки эффективности финансирования здравоохранения;
- разработать предложения по выбору показателей и критериев оценки эффективности финансирования здравоохранения на региональном уровне.

Объектом исследования является система финансирования здравоохранения Красноярского края.

Аудит эффективности представляет собой тип финансового контроля, осуществляемого посредством проведения контрольного мероприятия, целями которого является определение эффективности использования средств бюджета и государственной собственности, полученных проверяемыми органами и организациями для достижения запланированных целей, решения поставленных социально-экономических задач и выполнения возложенных функций [4].

Цель аудита эффективности государственных средств заключается в определении того, насколько экономно, производительно и результативно органы исполнительной власти и бюджетные учреждения используют финансирование в процессе осуществления своих функций и выполнения поставленных перед ними задач. Экономичность трактуется как минимизация расходов на ту или иную цель при обеспечении требуемого качества работы. Продуктивность рассматривается как соотношение результатов деятельности организации и использованными на их производство ресурсами. Результативность характеризуется уровнем выполнения организацией поставленных задач в виде соотношения между запланированными и фактическими результатами ее деятельности [10].

Анализ сущности и содержания аудита эффективности позволяет сформулировать два основных принципа проведения данного типа финансового контроля, а именно:

- контроль реализации решений органов законодательной (представительной) или исполнительной власти, а не процесса их принятия;
- оценка деятельности органов исполнительной власти по эффективному использованию бюджетных средств при реализации государственных и муниципальных программ.

Достоверность результатов аудита эффективности использования государственных средств предопределяется выбором соответствующих критериев и показателей. При этом однозначность оценки показателей гарантирует точность определения степени достижения приоритетов государственной политики в данной сфере и возможность качественного планирования развития отрасли на основе полученных данных.

Выбор критериев и показателей оценки эффективности осуществляется в процессе предварительного изучения предмета аудита эффективности и деятельности проверяемых объектов после определения его целей на основе анализа следующих источников [4]:

- законодательные и иные нормативные правовые акты, а также документы, относящиеся к предмету аудита эффективности или деятельности проверяемых объектов, которые устанавливают правила, требования, процедуры организации и запланированные показатели результатов использования государственных средств;
- результаты деятельности проверяемых объектов в предшествующий период или работы других организаций или учреждений РФ, которые осуществляют деятельность в проверяемой сфере или выполняют аналогичные виды работ;
- материалы соответствующих государственных статистических данных.

Процесс выбора критериев и показателей оценки эффективности включает шесть этапов и представлен на рис. 1.

Таким образом, критерии и показатели оценки эффективности выбираются для каждой установленной цели аудита эффективности. Показатели должны служить основой для заключений и выводов об эффективности использования средств, которые делаются путем сравнения фактических данных о результатах использования средств с установленными критериями.

Рассмотрим особенности проведения аудита эффективности финансирования системы здравоохранения в Красноярском крае. В данном субъекте Российской Федерации государственное финансирование отрасли «Здравоохранение» осуществляется за счет средств консолидированного бюджета Красноярского края и средств обязательного медицинского страхования.

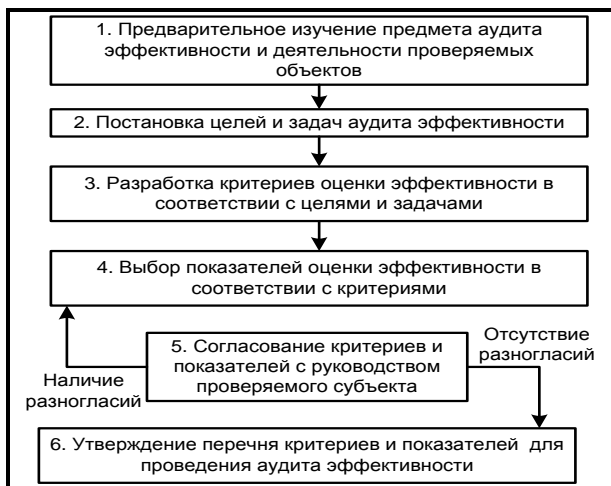


Рис. 1. Этапы выбора критериев и показателей оценки эффективности

Основная часть консолидированного бюджета отрасли «Здравоохранение» приходится на финансирование программы государственных гарантий оказания населению Красноярского края бесплатной медицинской помощи. Расходы на реализацию территориальной программы государственных гарантий оказания населению Красноярского края бесплатной медицинской помощи в 2013 г. составили 32 133,4 млн. руб. и возросли по сравнению с 2005 г. на 20 736,7 млн. руб. (табл. 1).

Таблица 1

**РАСХОДЫ НА РЕАЛИЗАЦИЮ
ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ
ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ОКАЗАНИЯ
НАСЕЛЕНИЮ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ
БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
В 2005-2013 гг.**

Млн. руб.

Показатель	Годы								
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Расходы	11 396,7	13 880,8	18 999,6	22 306,2	24 519,1	24 302,9	27 838,8	29 254,4	32 133,4



Рис. 2. Структура источников финансирования территориальной программы государственных гарантий оказания населению Красноярского края бесплатной медицинской помощи

Структура источников финансирования территориальной программы государственных гарантий оказания населению Красноярского края бесплатной медицинской помощи представлена на рис. 2. С 2009 г. наблюдается увеличение доли средств Красноярского территориального фонда обязательного медицинского страхования в финансировании программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению в Красноярском крае.

Это связано с тем, что с 1 января 2009 г. Красноярский край стал участником программы по реализации «пилотного» проекта по переходу на преимущественно одноканальное финансирование в системе обязательного медицинского страхования [3]. Такой переход предполагает, что основная часть расходов будет финансироваться посредством системы обязательного медицинского страхования, при этом оплата медицинской помощи будет осуществляться по конечному результату на основе комплексных показателей объема и качества оказанных услуг.

Одноканальное финансирование обладает рядом преимуществ.

- Во-первых, обеспечивает финансирование всей медицинской помощи в полном объеме с учетом реальных затрат.
- Во-вторых, позволяет оценить эффективность расходования государственных средств в системе здравоохранения с точки зрения получения результатов, что соответствует целям внедрения системы бюджетирования, ориентированного на результат.
- В-третьих, нацелено на обеспечение принципа экстерриториальности, т.е. доступности медицинских услуг для всех граждан РФ независимо от места жительства [13].

В настоящее время в системе обязательного медицинского страхования функционируют различные субъекты и участники.

Субъектами обязательного медицинского страхования являются [1]:

- застрахованные лица (граждане РФ, постоянно или временно проживающие в РФ иностранные граждане, лица без гражданства);
- страхователи (лица, производящие выплаты и иные вознаграждения физическим лицам; индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной практикой нотариусы, адвокаты, арбитражные управляющие; органы исполнительной власти субъектов РФ);
- Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (некоммерческая организация, созданная РФ для реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования).

Участниками обязательного медицинского страхования являются:

- территориальные фонды обязательного медицинского страхования (некоммерческие организации, созданные субъектами РФ для реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования на территориях субъектов РФ);
- страховые медицинские организации (организации, имеющие лицензию, выданную федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере страховой деятельности, и осуществляющие отдельные полномочия страховщика в соответствии с законодательством и договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, заключенным между территориальным фондом и страховой медицинской организацией);
- медицинские организации (организации любой, предусмотренной законодательством РФ, организационно-правовой формы и индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной медицинской практикой, имеющие право на осу-

ществление медицинской деятельности и включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования).

Порядок организационно-финансового взаимодействия в системе обязательного медицинского страхования в Красноярском крае представлен на рис. 3.

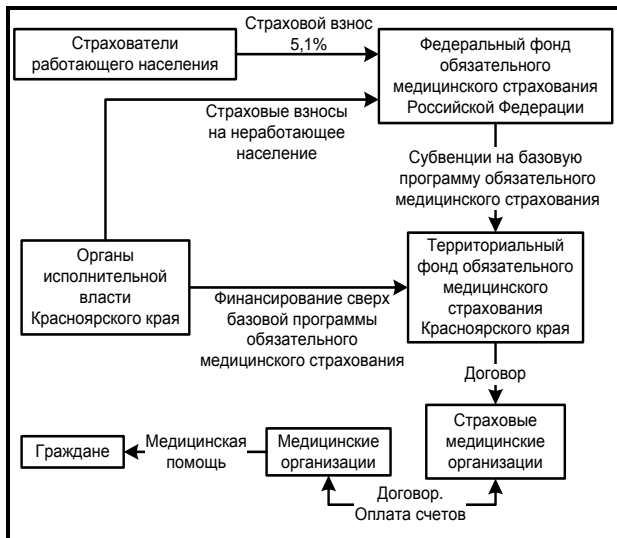


Рис. 3. Организационно-финансовое взаимодействие в системе обязательного медицинского страхования Красноярского края

Важно отметить, что в условиях внедрения бюджетирования, ориентированного на результат, финансирование здравоохранения необходимо рассматривать как процесс, в котором ресурсы используются для получения результата, связанного с улучшением состояния здоровья и продлением жизни населения. Это в свою очередь оказывает влияние на организацию аудита эффективности в части выбора критериев и показателей оценки эффективности использования государственных средств.

Цели аудита эффективности здравоохранения на региональном уровне предлагаем определять следующим образом:

- оценить степень достижения приоритетов государственной политики в сфере здравоохранения на региональном уровне;
- оценить эффективность использования финансовых ресурсов в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования.

В здравоохранении целесообразно производить оценку экономической и социальной эффективности.

Экономическая эффективность – это соотношение полученных результатов и произведенных затрат. Расчет экономической эффективности связан с поиском наиболее экономичного использования имеющихся ресурсов. Этот показатель является необходимым в оценке функционирования системы здравоохранения в целом, отдельных ее подразделений и структур, а также экономическим обоснованием мероприятий по охране здоровья населения [12].

Социальная эффективность – это степень достижения социального результата. В отношении конкретного больного – это возвращение его к труду и активной жизни в обществе, удовлетворенность медицинской помощью. На уровне всей отрасли – это увеличение продолжительности предстоящей жизни населения, снижение уровня показателей смертности и инвалид-

ности, удовлетворенность общества в целом системой оказания медицинской помощи [12].

Финансирование здравоохранения имеет особенности. С одной стороны, медицинские мероприятия лечебного и профилактического характера могут быть экономически невыгодны, однако социальный эффект требует их проведения. Поэтому экономическая эффективность в здравоохранении не может быть приоритетной. Однако критерии оценки экономической эффективности, наряду с критериями оценки социальной эффективности, помогут в установлении очередности проведения тех или иных мероприятий в условиях ограниченных финансовых ресурсов.

С другой стороны, затраты на оказание медицинской помощи могут превысить ожидаемый экономический результат. Например, выздоровление трудоспособного работника, которое будет означать уменьшение потерь национального дохода от не произведенной продукции, принесет значительный экономический эффект.

Методические подходы к определению экономической эффективности системы здравоохранения основываются, прежде всего, на определении стоимости отдельных видов медицинских мероприятий, а также величины ущерба, наносимого теми или иными заболеваниями [12].

Для итоговой оценки эффективности финансирования здравоохранения на региональном уровне следует рассчитывать:

- социальную эффективность, характеризующуюся показателями общественного здоровья (смертность, временная нетрудоспособность по болезни);
- структурную эффективность, характеризуется показателями по видам медицинской помощи (скорая, стационарная, амбулаторно-поликлиническая, стационарозамещающая);
- экономическую эффективность, характеризующуюся показателями достижения результата в виде упущенной выгоды или выполнения финансовых нормативов [8].

Обратимся к международному опыту оценки эффективности финансирования здравоохранения. Международное сопоставление эффективности расходов на здравоохранение проводится на основе анализа общих произведенных расходов на здравоохранение в процентах от валового внутреннего продукта (ВВП) и ожидаемой продолжительности жизни при рождении [6, 7].

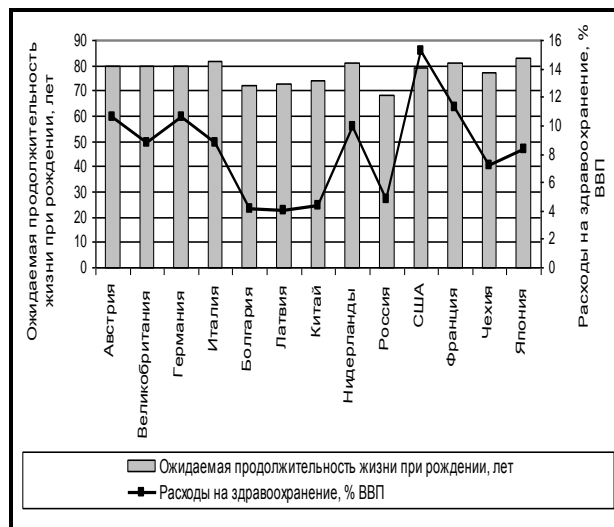


Рис. 4. Эффективность расходов на здравоохранение в 2009 г.

Эти показатели рассчитываются для каждой страны по единой методологии и их оценку проводят путем сопоставления значений с другими странами (рис. 4).

Для целей аудита эффективности финансирования здравоохранения на региональном уровне предлагаем использовать соотношение «ожидаемая продолжительность жизни при рождении – стоимость территориальной программы государственных гарантий».

На рис. 5 приведен график, иллюстрирующий ситуацию в Красноярском крае за период 2005-2013 гг.

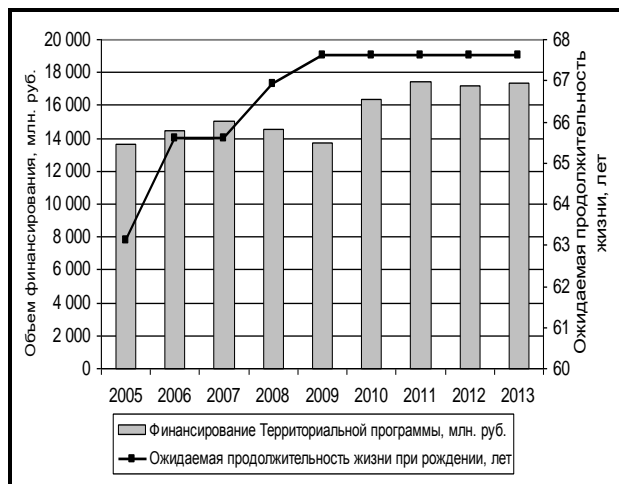


Рис. 5. Эффективность расходов на финансирование территориальной программы государственных гарантий в Красноярском крае в 2005-2013 гг.

С 2009 г. в Красноярском крае наблюдается существенное увеличение продолжительности жизни населения и рост расходов на здравоохранение (рис. 5).

В рамках функционирования системы государственного финансового контроля в РФ отсутствуют утвержденные методики проведения аудита эффективности финансирования системы здравоохранения, в связи с чем, возникает необходимость выбора критериев и методов оценки эффективности системы здравоохранения, в частности на региональном уровне.

До 2013 г. действовал Указ Президента РФ «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов РФ» от 28 июня 2007 г. №825, который содержал перечень показателей эффективности, в том числе по отрасли здравоохранения, направленных на повышение результативности деятельности указанных органов власти в части снижения неэффективных расходов.

Экономический эффект от внедрения бюджетных программ определялся следующим нижеперечисленным способом.

1. Долей неэффективных расходов в сфере здравоохранения в общем объеме расходов субъекта РФ на здравоохранение (консолидированный бюджет субъекта РФ и бюджеты территориальных государственных внебюджетных фондов), рассчитываемой по формуле:

$$D_{здр} = \frac{P_{здр}}{P_{здр.общий}} * 100\%$$

где $D_{здр}$ – доля неэффективных расходов в сфере здравоохранения в общем объеме расходов субъекта РФ на здравоохранение;

$P_{здр}$ – объем неэффективных расходов в сфере здравоохранения, тыс. руб.;

$P_{здр.общий}$ – объем расходов субъекта РФ в сфере здравоохранения (консолидированный бюджет субъекта Российской Федерации и бюджеты территориальных государственных внебюджетных фондов), тыс. руб.;

2. Объемом неэффективных расходов в сфере здравоохранения, рассчитываемым по формуле:

$$P_{здр} = P1 + K_{нст} * P2 + K_{нск} * P3,$$

где

$P_{здр}$ – объем неэффективных расходов в сфере здравоохранения, тыс. руб.;

$P1$ – объем неэффективных расходов на управление кадровыми ресурсами, тыс. руб.;

$P2$ – объем неэффективных расходов на управление объемами стационарной медицинской помощи, тыс. руб.;

$P3$ – объем неэффективных расходов на управление объемами скорой медицинской помощи, тыс. руб.;

$K_{нст}$ – корректирующий коэффициент стоимости 1 койко-дня в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения, рассчитываемый как отношение фактической стоимости 1 койко-дня без учета расходов на оплату труда и начислений на оплату труда к фактической стоимости 1 койко-дня с учетом всех затрат;

$K_{нск}$ – корректирующий коэффициент стоимости вызова скорой медицинской помощи, рассчитываемый как отношение фактической стоимости вызова скорой медицинской помощи без учета расходов на оплату труда и начислений на оплату труда к фактической стоимости вызова скорой медицинской помощи с учетом всех затрат.

С 1 января 2013 г. действует новый Указ Президента РФ «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов РФ» от 21 августа 2012 г. №1199. В нем существенно сокращен перечень показателей эффективности, характеризующих отрасль здравоохранения.

Среди оставшихся показатели:

- ожидаемой продолжительности жизни при рождении;
- смертности населения (без показателя смертности от внешних причин).

Показатель «Ожидаемая продолжительность жизни при рождении» рассчитывается по формуле [9]:

$$e(x) = \frac{T(x)}{I(x)},$$

где

$e(x)$ – ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет;

$T(x)$ – число человеко-лет, которое предстоит прожить дожившим до данного возраста за весь период предстоящей жизни (от данного возраста и до предельного);

$I(x)$ – число доживших до данного возраста.

Показатель «Смертность населения (без показателя смертности от внешних причин)» рассчитывается по формуле [9]:

$$M = \frac{M_{общ} - M_{внеш}}{S} * 100\ 000,$$

где

M – смертность населения (без показателя смертности от внешних причин);

$M_{общ}$ – общее число умерших;

$M_{внеш}$ – число умерших от внешних причин;

S – среднегодовая численность населения.

Данные показатели позволяют оценить социальную эффективность финансирования системы здравоохранения, но не экономическую.

Проблему оценки экономической эффективности финансирования системы здравоохранения частично решает методика оценки эффективности субъектов системы обязательного медицинского страхования, утвержденная письмом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 23 декабря 2010 г. №6488/20-З/и, содержащая перечень показателей по следующим направлениям деятельности:

- качество управления;
- финансовая устойчивость;
- защита прав застрахованных;
- продолжительность жизни;
- организация финансирования;
- эффективность использования средств, направленных на улучшение показателей здоровья населения.

Показатели эффективности, представленные в данной методике, позволяют оценить эффективность расходов бюджета системы обязательного медицинского страхования, улучшение качества управления системой обязательного медицинского страхования и эффективность системы обязательного медицинского страхования. В связи с увеличением доли финансирования системы здравоохранения за счет средств Фонда обязательного медицинского страхования показатели по разделам «Организация финансирования» и «Эффективность использования средств, направленные на улучшение показателей здоровья населения» предлагается использовать для проведения аудита эффективности финансирования системы здравоохранения на региональном уровне.

В частности, данная методика содержит такой показатель, как «Эффективность территориальной программы обязательного медицинского страхования», рассчитываемый по формуле:

$$p = \frac{(a(n) - a(n-1)) \cdot b}{k},$$

где p – эффективность территориальной программы обязательного медицинского страхования (ОМС);

$a(n)$ – ожидаемая продолжительность жизни в текущем отчетном периоде;

$a(n-1)$ – продолжительность жизни в предыдущем отчетном периоде;

b – подушевой норматив финансирования территориальной программы ОМС в предыдущем отчетном периоде;

k – районный коэффициент.

Данный показатель отражает влияние объема средств, направляемых на финансирование территориальной программы обязательного медицинского страхования, на показатель социальной эффективности и аналогичен оценочному соотношению «ожидаемая продолжительность жизни – доля расходов на здравоохранение в ВВП», применяемому в мировой практике.

В связи с принятием распоряжения Правительства РФ «Об утверждении плана мероприятий («дорожной карты») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения» от 28 декабря 2012 г. №2599-р, осуществляется внедрение органами исполнительной власти субъектов РФ и органами местного самоуправления оценки эффективности структурных преобразований

системы оказания медицинской помощи, основных показателей здоровья населения и уровня заработной платы работников медицинских организаций по целевым показателям.

В данном документе установлены целевые показатели и их значения на плановый период с 2013 по 2018 гг.:

- структурных преобразований системы оказания медицинской помощи;
- здоровья населения.

Органам исполнительной власти субъектов РФ совместно с Министерством здравоохранения и социального развития РФ рекомендовано разработать и утвердить до 1 марта 2013 г. региональные планы соответствующих мероприятий («дорожные карты»).

Предполагается, что это обеспечит повышение качества медицинской помощи на основе повышения эффективности деятельности медицинских организаций и их работников.

Однако рекомендованные показатели не позволяют оценить экономическую эффективность. Возможно их использование лишь для оценки социальной и структурной эффективности системы здравоохранения субъекта РФ.

Среди научных работ, имевших предметом разработку показателей эффективности финансирования системы здравоохранения, отметим методику, предложенную Дугановым М.Д. [8]. Суть методики заключается в сопоставлении совокупных затрат бюджета и внебюджетных государственных фондов на финансирование системы здравоохранения с масштабами социальных потерь общества от болезней. Предложенный индекс стоимости – эффективность рассчитывается по формуле:

$$T = \frac{C}{L},$$

где T – индекс стоимость – эффективность;

C – затраты на здравоохранение, руб. на 1 жителя;

L – социальные потери от преждевременной смерти населения в потерянных годах потенциальной жизни, чел.-лет на 1000 чел. населения.

Анализ затрат и социальных потерь проводится по классификационным группам в соответствии с международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем по муниципальным образованиям региона.

На основе рассчитанных данных автор методики предлагает построить четыре квадранта, соответствующих четырем вариантам соотношений, которые интерпретируются следующим образом:

- «высокие затраты – высокие потери» характеризуют ситуацию как неэффективное использование ресурсов с точки зрения предупреждения преждевременной смертности;
- «высокие затраты – низкие потери» оцениваются как избыток ресурсов. При этом возможно перераспределение ресурсов внутри системы здравоохранения на лечение других классов болезней, либо на более дешевые виды помощи (профилактическая медицина, дневные стационары);
- «низкие затраты – высокие потери» оцениваются недостаточностью ресурсов, необходимостью дополнительного финансирования. Дополнительные ресурсы при этом не обязательно должны быть направлены в систему здравоохранения. Это может быть социальная или производственная сфера в зависимости от того, какие мероприятия дадут максимальный эффект по предупреждению или уменьшению преждевременной смертности;
- «низкие затраты – низкие потери» характеризуют ситуацию как реально эффективную с точки зрения предупреждения преждевременной смертности. Актуальность до-

полнительных ресурсных вложений возрастает при уменьшении рассматриваемого индекса, а увеличение его значения свидетельствует об убыли в территориях эффективности мер по охране здоровья населения.

Таким образом, на основе анализа отечественного и зарубежного опыта предлагаем систему показателей социальной, структурной и экономической эффективности финансирования здравоохранения на региональном уровне (табл. 2, 3, 4).

Показатели социальной эффективности позволят оценить конечный результат функционирования системы здравоохранения в регионе.

Показатели структурной эффективности позволят оценить динамику перевода оказания медицинской помощи из круглосуточного стационара в дневной стационар. Затраты на лечение пациентов в дневном стационаре ниже по сравнению с круглосуточным, а эффект от лечения сопоставим.

Таблица 2

ПОКАЗАТЕЛИ ОЦЕНКИ СОЦИАЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ

Наименование показателя	Формула расчета	Критерий
Уровень рождаемости (степень достаточности родившихся человек для замещения поколений родителей поколениями детей)	$n = \frac{N}{P},$ где n – уровень рождаемости; N – общее число живорождений за период; P – средняя численность населения за период	$n < 16,0$ – низкий; $16,0 \leq n < 24,0$ – средний; $24,0 \leq n < 30,0$ – выше среднего; $30,0 \leq n < 40,0$ – высокий; $n \geq 40,0$ – очень высокий
Показатель ожидаемой продолжительности жизни при рождении	$I = \frac{X_{\text{факт}} - X_{\text{min}}}{X_{\text{max}} - X_{\text{min}}},$ где I – показатель ожидаемой продолжительности жизни при рождении; $X_{\text{факт}}$ – фактическая средняя продолжительность жизни; X_{min} – минимальное значение, равное 25 годам; X_{max} – максимальное, равное 85 годам	Сравнивается со средним показателем по РФ или федеральному округу

Таблица 3

ПОКАЗАТЕЛИ ОЦЕНКИ СТРУКТУРНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ

Наименование показателя	Формула расчета	Критерий
Показатель стационарозамещения	$p = \frac{a}{b},$ где p – показатель стационарозамещения; a – число пациенто-дней в дневном стационаре; b – число койко-дней в круглосуточном стационаре	$p < 0,2$ – низкий уровень; $0,2 \leq p < 0,4$ – средний уровень; $p \geq 0,4$ – высокий уровень.
Показатель объема оказания медицинской помощи по видам: • скорая медицинская помощь; • амбулаторно-поликлиническая помощь; • стационарная помощь; • дневные стационары.	$k = \frac{F}{T},$ где k – показатель объема оказания медицинской помощи по видам; F – фактически оказанный объем по видам медицинской помощи населению; T – территориальный норматив по видам медицинской помощи	$k < 1$ – объем оказания медицинской помощи не достиг установленного норматива; $k = 1$ – объем оказания медицинской помощи соответствует нормативу; $k > 1$ – объем оказания медицинской помощи превышает установленный норматив

Таблица 4

ПОКАЗАТЕЛИ ОЦЕНКИ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ

Наименование показателя	Формула расчета	Оценка
Показатель соответствия подушевых нормативов финансирования	$p = \frac{(a * k^{-1})}{b},$ где p – соответствие подушевых нормативов финансирования; a – подушевой норматив финансирования базовой программы обязательного медицинского страхования, утвержденный в территориальной программе государственных гарантий; b – подушевой норматив финансирования базовой программы обязательного медицинского страхования, утвержденный Правительством РФ в программе государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи; k – районный коэффициент	$k < 1$ – территориальный норматив ниже федерального норматива; $k = 1$ – территориальный норматив соответствует федеральному нормативу; $k \geq 1$ – территориальный норматив финансирования выше федерального норматива
Показатель ущерба от временной нетрудоспособности (процент от валового регионального продукта в субъекте РФ)	$p = \frac{(a * b * c)}{d} * 100\%$ где p – показатель ущерба от временной нетрудоспособности; a – средняя продолжительность временной нетрудоспособности (в сутках). b – размер средневзвешенных выплат по временной нетрудоспособности в субъекте РФ; c – число застрахованных в системе обязательного медицинского страхования работающих граждан; d – валовой региональный продукт за год	Сравнивается со средним значением по федеральному округу

Таблица 7

**ОЦЕНКА ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ
ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В
КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ**

Наименование показателя	2009	2010	2011	Интерпретация
Показатель соответствия подушевых нормативов финансирования	0,7	0,7	0,8	Территориальный норматив ниже федерального, но наблюдается положительная динамика
Показатель ущерба от временной нетрудоспособности	0,005	0,006	0,006	Ущерб от временной нетрудоспособности возрастает

Результаты оценки экономической эффективности финансирования здравоохранения в Красноярском крае выявили несоответствие территориальных подушевых нормативов финансирования федеральным нормативам. Ущерб от временной нетрудоспособности увеличивается, что является негативным фактом.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, внедрение показателей и критериев аудита эффективности финансирования здравоохранения на региональном уровне позволит:

- выявить резервы по обеспечению должного объема и качества оказания услуг медицинской помощи населению края без увеличения расходов в соответствии с программой государственных гарантий бесплатной медицинской помощи населению;
- принять соответствующие управленческие решения для повышения социальной, структурной и экономической эффективности финансирования здравоохранения;
- опознать необходимые усовершенствования существующих средств управления и контроля, эксплуатационных систем и процессов работы для лучшего использования ресурсов в системе обязательного медицинского страхования.

Литература

1. Об обязательном медицинском страховании в РФ [Электронный ресурс] : федер. закон от 29 нояб. 2010 г. №326-ФЗ. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».
2. Прогноз социально-экономического развития РФ на 2012 г. и плановый период 2013-2014 гг. [Электронный ресурс]. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».
3. О реализации пилотного проекта по поэтапному переходу на преимущественно одноканальное финансирование здравоохранения в Красноярском крае через систему обязательного медицинского страхования [Электронный ресурс] : постановление Правительства Красноярского края от 24 дек. 2008 г. №257-п. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».
4. Проведение аудита эффективности использования государственных средств [Текст] : стандарт финансового контроля 104 // Вестник АКСОП. – 2009. – №2. – С. 146-157.
5. Беленчук А.А. Эффективность расходов бюджета: подходы и сравнения [Текст] / А.А. Беленчук // Финансовый журнал. – 2010. – № 3. – С. 31-44.
6. Борисов В.А. Демография [Текст] / В.А.Борисов. – 3-е изд., перераб. и доп. – М. : Нота Бене, 2003. – 344 с.
7. Государственные расходы на здравоохранение в Российской Федерации : проблемы и пути их решения [Электронный ресурс] : отчет Всемирного банка. – 2008. URL: http://siteresources.worldbank.org / INTRUSSIANFEDERATION/Resources/Public_Spending_report_ru.pdf.
8. Дуганов М.Д. Оценка эффективности расходов на здравоохранение на региональном и муниципальном уровнях [Текст] / М.Д. Дуганов. – М. : ИЭПП, 2007. – 112 с.
9. Какорина Е.П. Оценка эффективности деятельности системы здравоохранения [Электронный ресурс] : мат-лы

Показатели экономической эффективности позволят оценить фактические объемы медицинской помощи по сравнению с утвержденными территориальными нормативами, масштабы понесенного экономического ущерба в результате не проведенных профилактических мероприятий.

Апробируем систему предложенных показателей эффективности на примере финансирования системы здравоохранения в Красноярском крае в 2009-2011 гг. (табл. 5, 6, 7).

Таблица 5

**ОЦЕНКА СОЦИАЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ
ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В
КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ**

Наименование показателя	2009	2010	2011	Интерпретация
Уровень рождаемости	13,4	13,3	13,5	Уровень рождаемости низкий, но повышается
Показатель ожидаемой продолжительности жизни при рождении, лет	68	68	68	Ожидаемая продолжительность жизни не меняется, соответствует среднему значению по Сибирскому федеральному округу

Социальная эффективность финансирования здравоохранения в Красноярском крае повышается, хотя не является высокой.

Таблица 6

**ОЦЕНКА СТРУКТУРНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ
ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В
КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ**

Наименование показателя	2009	2010	2011	Интерпретация
Показатель стационарозамещения	0,2	0,2	0,2	Доля госпитализаций больных в дневные стационары от числа госпитализаций в круглосуточные стационары не меняется
Показатель объема оказания медицинской помощи по видам				
Скорая медицинская помощь;	1,0	1,1	1,1	Утвержденные территориальные нормативы объемов медицинской помощи перевыполняются
Амбулаторно-поликлиническая помощь	0,9	0,9	0,9	Утвержденные территориальные нормативы объемов медицинской помощи не выполняются
Стационарная помощь	1,0	0,9	0,9	Утвержденные территориальные нормативы объемов медицинской помощи не выполняются
Дневные стационары	1,0	1,0	0,9	Утвержденные территориальные нормативы объемов медицинской помощи не выполняются

Оценка структурной эффективности позволяет сделать выводы о необходимости выявления причин не выполнения территориальных нормативов оказания амбулаторно-поликлинической и стационарной медицинской помощи, а также повысить стационарозамещение при сохранении должного качества медицинской услуги и исключить неэффективное расходования бюджетных средств.

- XIII Всеросс. конф. «Информационные технологии в медицине-2012». URL: <http://www.gosbook.ru/node/63237>.
10. Колчеева О.О. Организация и методика проведения аудита эффективности использования государственных ресурсов [Текст] : автореф. дис. ... канд. экон. наук / О.О. Колчеева. – М., 2007. – 24 с.
 11. Макашина О.В. Бюджетирование, ориентированное на результат [Текст] / О.В. Макашина // Вестник Иванов. гос. энергетического ун-та. – 2008. – №1. – С. 23-27.
 12. Орлов Е.М. Категория эффективности в системе здравоохранения [Текст] / Е.М. Орлов, О.Н. Соколова // Фундаментальные исследования. – 2010. – №4. – С. 70-75.
 13. Щенникова Н.В. Обязательное медицинское страхование в регионе : современное состояние и перспективы развития [Электронный ресурс] / Н.В. Щенникова, А.А. Натальин // Системное управление. – 2012. – №1. URL: http://sisupr.mrsu.ru/2012-1/PDF/3_Strah/Zchennikova.pdf.

Ключевые слова

Здравоохранение; обязательное медицинское страхование; одноканальное финансирование; финансовый контроль; цели; критерии; результат; аудит эффективности; социальная эффективность; экономическая эффективность.

Корсакова Елена Дмитриевна

Макарова Светлана Николаевна

Козлова Светлана Александровна

РЕЦЕНЗИЯ

Актуальность темы обусловлена тем, что для перехода от модели управления затратами к модели управления результатами в бюджетной сфере необходимы исследования и научные обоснования новых механизмов государственного финансового контроля, позволяющих определять степень достижения запланированных социально-экономических целей и решения задач. Такие механизмы содержит аудит эффективности использования государственных средств, широко применяемый в публичном финансовом контроле зарубежных стран.

Научная новизна и практическая значимость. Для целей аудита эффективности финансирования здравоохранения на региональном уровне предлагается использовать соотношение «ожидаемая продолжительность жизни при рождении – стоимость территориальной программы государственных гарантий». Достоверность результатов аудита эффективности использования государственных средств предопределяется выбором соответствующих показателей и критериев оценки. Авторы статьи обосновывают и вносят предложения по формированию показателей социальной, структурной и экономической эффективности финансирования здравоохранения на региональном уровне. При этом обеспечивается однозначность оценки, что гарантирует точность определения степени достижения приоритетов государственной политики в данной сфере и возможность качественного планирования развития отрасли здравоохранения на основе полученных данных.

В процессе научного исследования проведена апробация показателей эффективности на примере финансирования здравоохранения в Красноярском крае в 2009-2011 гг. Сделаны выводы и предложения для принятия органами государственной власти соответствующих управленческих решений, что подтверждает практическую значимость исследования.

Материал проиллюстрирован таблицами, схемами, графиками.

Все содержание статьи логически взаимосвязано и подтверждено цитатами из источников, отражающих современную точку зрения на исследуемую проблему.

Таким образом, рецензируемая статья заслуживает положительной оценки и рекомендуется к опубликованию.

Янкина И.А., д.э.н., профессор кафедры «Финансы и кредит» Торгово-экономического института ФГАОУ «Сибирский федеральный университет»