

В.Н. Кораблев

**Нормативное правовое обеспечение оценки эффективности системы здравоохранения и медицинских организаций**

*Дальневосточный Государственный Медицинский Университет, г. Хабаровск*

*Контактная информация: В.Н. Кораблев, e-mail: [nauka@mail.fesmu.ru](mailto:nauka@mail.fesmu.ru)*

**Резюме**

В работе анализируется свод нормативных правовых актов разного уровня управления, которые содержат показатели оценки эффективности системы здравоохранения, медицинских организаций, их структурных подразделений и отдельных специалистов. По мнению автора, в настоящее время в здравоохранении Российской Федерации отсутствует системный подход к оценке эффективности здравоохранения. Во всех регламентирующих документах отсутствуют показатели, характеризующие медицинскую результативность, экономическую эффективность и эффективность использования ресурсов. Отсутствуют также показатели, характеризующие эффективность работы специализированных служб регионов, составленные на основе порядков оказания медицинской помощи, и показатели оценки эффективности немедицинского персонала. Автор считает, что данное обстоятельство вызвано низкой управленческой грамотностью руководителей всех уровней. В работе предлагается смена модели руководителя медицинской организации – от организатора здравоохранения к менеджеру здравоохранения.

**Ключевые слова:** система здравоохранения, медицинские организации, оценка эффективности

V.N. Korablev

**Normative and legislation provision of healthcare system and medical institutions' efficacy evaluation**

*Far Eastern State Medical University, Khabarovsk*

*e-mail: [nauka@mail.fesmu.ru](mailto:nauka@mail.fesmu.ru)*

**Summary**

The article analyses normative and legislation documents of different levels' of management containing indexes and parameters of efficacy evaluation for the healthcare system and medical institutions, their structural departments and specialists. In the author's opinion, there is no systemic approach to healthcare system efficacy evaluation in the Russian Federation at present. Not all the current

regulating documents include parameters characterizing medical results, economic effectiveness, and efficacy of the resources' use. There are no parameters characterizing work efficacy of regional specialized services, based on the regulations of medical services provision and non-medical personnel functioning assessment. The author assumes that those circumstances are caused by a low managerial education of the managers at different levels of administration. The article offers a change of a medical institution manager model – from a healthcare organizer to a medical manager.

**Key words:** healthcare system, medical institutions, efficacy evaluation

### Введение

В теории организации эффективность в управлении определяется как отношение чистых положительных результатов (превышение желательных последствий над нежелательными) и допустимых затрат [6].

В здравоохранении эффективность рассматривается с позиций получения максимального социального и медицинского эффекта при минимальных финансовых затратах [10].

**Целью настоящего исследования** явился анализ основных нормативных правовых актов, содержащих показатели и их индикаторы оценки эффективности здравоохранения и медицинских организаций.

### Материал и методы.

Объектом исследования явились нормативные правовые акты по здравоохранению. Предметом исследования стали показатели и их индикаторы, отражающие эффективность медицинской

помощи. Теоретической и методологической основой исследования явились труды отечественных авторов в области организации, управления и экономики здравоохранения. Автором проведен анализ законодательства по здравоохранению в части оценки эффективности здравоохранения и медицинских организаций, определены риски, предложены пути решения существующих проблем.

### Обсуждение результатов

В законодательстве Российской Федерации были предприняты попытки закрепления механизма оценки эффективности деятельности. Например, Федеральным законом от 06.10.1999 г. № 184-ФЗ «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов РФ» в статье 26.3.2. «Оценка эффективности деятельности органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации» (введена Федеральным законом от 29.12.2006 № 258-ФЗ) пунктом 1 установлено, что перечень показателей для оценки эффективности

деятельности органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации утверждается Президентом Российской Федерации (в ред. Федерального закона от 18.10.2007 № 230-ФЗ).

Пунктом 2 настоящей статьи установлено, что высшее должностное лицо субъекта Российской Федерации (руководитель высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации) представляет Президенту Российской Федерации доклады о фактически достигнутых и планируемых значениях показателей, указанных в пункте 1 настоящей статьи. Порядок и сроки представления докладов устанавливаются Президентом Российской Федерации.

В развитие федерального законодательства нормативную форму данное направление государственной политики первоначально получило в Указе Президента РФ от 28.06.2007 г. № 825 «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации», а далее в одноименном Указе Президента РФ от 21.08.2012 г. № 1199, в котором в части здравоохранения выделены следующие показатели: ожидаемая продолжительность жизни при рождении и смертность населения (без показателей смертности от внешних причин).

В целях дальнейшего совершенствования государственной политики в сфере здравоохранения, направленной на сохранение и укрепление здоровья граждан Российской Федерации, увеличение продолжительности их жизни указом Президента Российской Федерации от 07.05.2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» Правительству Российской Федерации планировалось к 2018 году обеспечить снижение смертности от:

1. Болезней системы кровообращения до 649,4 случая на 100 тыс. населения.
2. Новообразований (в том числе от злокачественных) до 192,8 случая на 100 тыс. населения.
3. Туберкулеза до 11,8 случая на 100 тыс. населения.
4. Дорожно-транспортных происшествий до 10,5 случая на 100 тыс. населения.
5. Снижение младенческой смертности, в первую очередь за счет снижения ее в регионах с высоким уровнем данного показателя, до 7,5 на 1 тыс. родившихся живыми.

Дальнейшую детализацию Указов Президента РФ обеспечило Постановление Правительства РФ от 03.11.2012 г. № 1142 «О мерах по реализации Указа Президента Российской Федерации от 21 августа 2012 г. № 1199 «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации» (в ред.

Постановления Правительства РФ от 28.02.2013 г. № 168).

Указанным Постановлением был утвержден Перечень показателей для оценки эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

В части здравоохранения к данным показателям были отнесены:

- ожидаемая продолжительность жизни при рождении (лет);
- смертность населения (без показателя смертности от внешних причин) (количество умерших на 100 тыс. человек).

Кроме того, Постановлением был утвержден Перечень индивидуальных показателей эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации. Разделом IV «Демография и статистика» к ним были отнесены:

- коэффициент миграции (человек на 10 тыс. человек населения);
- смертность населения в трудоспособном возрасте (количество умерших на 100 тыс. человек соответствующего возраста);
- суммарный коэффициент рождаемости (число детей, рожденных одной женщиной на протяжении всего репродуктивного периода (15-49 лет) (единиц).

На муниципальном уровне в целях реализации положений Федерального закона от 06.10.2003 г. № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» Указом Президента Российской Федерации от 28.04.2008 г. № 607 «Об оценке эффективности деятельности органов местного самоуправления городских округов и муниципальных районов» был также утвержден перечень показателей для оценки эффективности деятельности органов местного самоуправления городских округов и муниципальных районов.

К ним в части здравоохранения были отнесены:

1. Доля населения, охваченного профилактическими осмотрами.
2. Число случаев смерти лиц в возрасте до 65 лет:
  - на дому - всего, в том числе от инфаркта миокарда, от инсульта; в первые сутки в стационаре - всего, в том числе от инфаркта миокарда, от инсульта.

Число случаев смерти детей до 18 лет:

- на дому;
- в первые сутки в стационаре.

3. Доля амбулаторных учреждений, имеющих медицинское оборудование в соответствии с табелем оснащения.

4. Доля муниципальных автономных учреждений от общего числа муниципальных учреждений (бюджетных и автономных) в городском округе (муниципальном районе).

5. Доля муниципальных медицинских учреждений:

- применяющих медико-экономические стандарты оказания медицинской помощи;

- переведённых на оплату медицинской помощи по результатам деятельности;

- переведённых на новую (отраслевую) систему оплаты труда, ориентированную на результат;

- переведённых преимущественно на одноканальное финансирование через систему обязательного медицинского страхования.

6. Удовлетворённость населения: медицинской помощью (процент от числа опрошенных).

Это были первые законодательные акты, касающиеся эффективности.

Начиная с 1998 года, Правительство Российской Федерации стало ежегодно утверждать Программу государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи (далее — ПГГ). В Программе в 2009 году впервые появился раздел, содержащий показатели качества и доступности медицинской помощи. Показатели формировались в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 28.06.2007 № 825 «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной

власти субъектов Российской Федерации».

В ПГГ, кроме объёмных и стоимостных показателей, были установлены медицинские показатели оценки эффективности деятельности органов государственной власти субъектов Российской Федерации:

1. Смертность населения.
2. Смертность населения от болезней системы кровообращения.
3. Смертность населения от новообразований.
4. Смертность населения от внешних причин смерти.
5. Смертность населения от дорожно-транспортных происшествий.
6. Смертность детей в возрасте до 1 года.
7. Удовлетворённость населения медицинской помощью.

К 2014 году система показателей оценки эффективности деятельности органов государственной власти субъектов Российской Федерации претерпела изменения.

Пп. 6 п. 5 ст. 80 «Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» были установлены «требования к территориальным программам государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части определения порядка, условий предоставления медицинской помощи,

критериев доступности медицинской помощи».

Постановлением Правительства РФ от 18.10.2013 № 932 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов» разделом VIII «Критерии доступности и качества медицинской помощи» были утверждены расширенный перечень критериев доступности медицинской помощи. Вместе с тем, в ПТГ, ежегодно утверждаемой Правительством Российской Федерации, до настоящего времени отсутствуют целевые значения (индикаторы) критериев доступности и качества медицинской помощи.

Данная проблема частично устранена в территориальных программах государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи (далее – ТПГГ), которые содержат и показатели, и целевые критерии (индикаторы) доступности и качества медицинской помощи.

Следует также отметить, что программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на федеральном и территориальном уровнях не содержат показатели и их индикаторы, отражающие эффективность использования ресурсов здравоохранения, за

исключением некоторых показателей, характеризующих состояние трудовых ресурсов и коежного фонда.

Широкая палитра показателей и их индикаторов представлена в государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной Постановлением Правительства Российской Федерации от 15.04.2014 № 294 на 2013-2020 годы [14].

Государственная программа «Развитие здравоохранения» содержит девять подпрограмм. Их общей целью является «Обеспечение доступности медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям науки».

Паспорт программы содержит набор целевых показателей. Так, в частности, к 2020 году планируется снизить показатель общей смертности до 11,4 случая на 1000 населения; младенческой смертности — до 6,4 случаев на 1000 родившихся живыми; смертности от болезней системы кровообращения — до 622,4 случаев на 100 тыс. населения; смертности от дорожно-транспортных происшествий — до 10 случаев на 100 тыс. населения; смертности от новообразований — до 190 случаев на 100 тыс. населения; смертности от туберкулеза до 11,2 случаев на 100 тыс. населения; увеличение ожидаемой продолжительности жизни при рождении — до 74,3 года.

В свою очередь каждая подпрограмма содержит свой набор целевых показателей и их индикаторов.

Обращает на себя внимание, что в Программе государственных гарантий и Государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения» существенная часть перечня показателей оценки эффективности не совпадает. В обоих документах отсутствуют показатели оценки эффективности использования ресурсов.

Следует также отметить, что ответственность за исполнение Программы государственных гарантий несет Минздрав России, а Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» имеет межведомственный статус. Участниками Государственной программы являются 18 субъектов, в том числе:

- Министерство иностранных дел РФ
- Министерство обороны РФ
- Министерство промышленности и торговли РФ
- Министерство сельского хозяйства РФ
- Министерство труда и социальной защиты РФ и др.

Однако какова роль каждого субъекта в реализации Государственной программы, как оценить эффективность каждого субъекта в ее исполнении не предоставляется возможным.

В системе показателей оценки эффективности деятельности системы здравоохранения нет контролирующих органов — Росздравнадзора и Роспотребнадзора.

Постановление Правительства Российской Федерации от 30.06.2004 № 323 (ред. от 06.09.2014) «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения» утверждено Положение, которое содержит разделы «Полномочия» и «Организация деятельности», но в котором отсутствуют целевые показатели и индикаторы оценки эффективности деятельности органа.

Аналогичная ситуация и по Роспотребнадзору, деятельность которого регламентируется постановлением Правительства РФ от 30 июня 2004 № 322 (ред. от 21.05.2013 № 428) «Положение о Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека».

Кроме того, ст. 9 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании» определены субъекты и участники обязательного медицинского страхования.

Субъектами обязательного медицинского страхования являются:

- 1) застрахованные лица;
- 2) страхователи;
- 3) Федеральный фонд.

Участниками обязательного медицинского страхования являются:

- 1) территориальные фонды;
- 2) страховые медицинские организации;
- 3) медицинские организации.

Из данного перечня субъектов и участников целевые показатели оценки эффективности деятельности сформулированы только для медицинских организаций.

Таким образом, можно констатировать, что в настоящее время в здравоохранении Российской Федерации отсутствует системный подход к оценке эффективности здравоохранения с позиции каждого субъекта. В этой связи, по нашему мнению, необходимо:

1. Определить перечень субъектов, имеющих прямое или косвенное влияние на качество и доступность медицинской помощи населению.

2. Запланировать и нормативно закрепить за каждым субъектом перечень показателей и их индикаторов, отражающих качество, доступность, медицинскую результативность и экономическую эффективность медицинской помощи.

3. Осуществлять мониторинг указанных показателей с последующим план-фактным анализом, определением отклонений и принятием корректирующих управленческих решений.

Следует также отметить, что в настоящее время реализация и Программы государственных гарантий, в

том числе территориальных программ, и Государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» осуществляются в условиях системного кризиса, что влечет за собой снижение реальных доходов населения, качества жизни и, соответственно, будет способствовать росту заболеваемости и смертности, в том числе от сердечно-сосудистых заболеваний, увеличивать потребность населения в медицинских услугах.

Так, по предварительным данным Госкомстата, в 2014 году по сравнению с 2013 годом реальные располагаемые денежные доходы (доходы за вычетом обязательных платежей, скорректированные на индекс потребительских цен) снизились на 1,0%, а в декабре 2014 года по сравнению с соответствующим периодом предыдущего года — на 7,3%. Индекс потребительских цен в декабре 2014 года по сравнению с декабрем 2013 года составил 11,4%. Безработица в декабре 2014 года по предварительным итогам выросла до 4,0 млн. человек или 5,3% экономически активного населения (в 2012 году — 5,1%). За год инвестиции в основной капитал уменьшились на 2,5% [16].

По данным Министерства экономического развития России прогноз на 2015 год остается неблагоприятным. Продолжится снижение Валового внутреннего продукта, инвестиций в основной капитал, сохранится высокий уровень инфляции и отток капитала [8].

В этой связи не следует надеяться на то, что при текущем состоянии экономики и перспективах ее развития здоровье населения будет улучшаться. В этой части надо более ответственно и критично подходить к оценке статистических показателей, особенно по показателям заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, злокачественных новообразований, туберкулезу и пр.

С другой стороны, сырьевая и структурная деградация экономики, колоссальный отток капитал, девальвация рубля, двузначный рост инфляции, рост безработицы снижают собираемость налогов, увеличивают закредитованность и дефицит бюджетов субъектов федерации, юридических и физических лиц, приводят к дефициту государственного бюджета, средств обязательного медицинского страхования, а, следовательно, к дефициту финансирования здравоохранения и, непосредственно медицинских организаций. Так, по данным Минфина России по состоянию на 01.02.2015 года объем государственного долга только субъектов ДФО составил 119,9 млрд рублей, в т.ч. Хабаровского края – 23,2 млрд рублей [9].

По мнению экспертов, государственные расходы на здравоохранение из всех источников (федеральный бюджет,

ФОМС, консолидированный бюджеты субъектов РФ) по сравнению с 2013 годом в 2015-2017-х в постоянных ценах (2013 год — 100%) практически не вырастут и составят соответственно 2478 млрд и 2626 млрд руб. При этом расходы федерального бюджета с 2015 по 2017 год в постоянных ценах сократятся на 35% (с 515 млрд до 332 млрд руб.), а расходы консолидированных бюджетов субъектов РФ сократятся на 7% (с 914,3 млрд до 847,7 млрд руб.) [1].

В соответствии с Федеральным законом «О бюджете Фонда обязательного медицинского страхования на 2015 год и плановый период 2016 и 2017 годов». прогнозируемый объем доходов фонда на 2015 год составляет 1,63 трлн руб., расходы — 1,67 трлн руб. Дефицит бюджета ФОМС планируется в размере 43 млрд руб. В 2016 году доходы фонда ОМС возрастут до 1,7 трлн руб., а в 2017 году они ожидаются на уровне 1,8 трлн руб. Расходы при этом составят 1,75 трлн руб. и 1,8 трлн руб. соответственно. Следовательно, дефицит бюджета фонда в 2016 году составит 51,7 млрд руб., тогда как в 2017 году бюджет фонда будет сведен в ноль. Общий прогнозируемый дефицит бюджета фонда на три года составит 94,7 млрд руб. [17], а с учетом инфляции, роста цен на импортное оборудование, лекарственные средства и расходные материалы дефициткратно возрастет.

По словам 1-го заместителя Председателя Комитета Государственной Думы по

бюджетам и налогам Оксаны Дмитриевой расходы на здравоохранение в 2015 году составляют 78% от уровня 2014 года [4].

Все это неизбежно приведет к коррекции Программы государственных гарантий, в том числе территориальных программ, и Государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» в сторону «оптимизации» расходов за счет дальнейшего сокращения сети медицинских организаций, штатов, коечного фонда, перераспределения расходов медицинских организаций в стороны уменьшения инвестиционной составляющей и пр. Неизбежно изменится структура тарифов на медицинские услуги в сторону увеличения доли оплаты труда, произойдет рост платных услуг, расширится сектор негосударственных учреждений здравоохранения, в том числе на основе государственно-частного партнерства и пр.

Уменьшение инвестиций в основной капитал приведет к «старению» основных производственных фондов, их активной части. У той части медицинского оборудования, которая поступила в медицинские организации по проекту модернизации в 2011-2012гг., практически полный износ наступит уже в 2016-2017гг. При этом механизм их обновления не ясен в виду отсутствия источника. Так, в Основных направлениях бюджетной

политики на 2014 год и плановый период 2015 и 2016 годов уменьшение расходов федерального бюджета по разделу «Здравоохранение» на 2015 год вызвано «Завершением, начиная с 2015 года, предоставления субсидий на закупку оборудования в целях совершенствования медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями, пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях, на проведение пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка, а также мероприятий по развитию службы крови (в связи с завершением мероприятий, реализуемых в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье») – на 19,0 млрд рублей; сокращением инвестиционных расходов в связи с вводом в эксплуатацию объектов – на 5,8 млрд рублей» [11].

По заключению экспертов, дефицит средств в бюджете здравоохранения России в 2015-2017гг. нарастет. Установленные сегодня по программе государственных гарантий объемы медицинской помощи явно недостаточны для обеспечения потребностей населения РФ и в 3-7 раза ниже, чем в "новых" странах ЕС, а установленные тарифы на медицинские услуги в Российской Федерации в 2,3 раза ниже. Сокращаются гарантии высокотехнологичной медицинской помощи [1]. По мнению авторов, отсутствие роста расходов на здравоохранение в 2012-2014гг. уже привело к снижению доступности и качества медицинской помощи. Остановилось

снижение общего коэффициента смертности (за январь-август 2014 г. – 13,1 случая на 1 тыс. населения, столько же и по итогам 2013 г.). Обеспеченность врачами участковой службы сократилась на 8%, число зданий и сооружений здравоохранения уменьшилось на 15%, число коек сократилось на 6%, объем платных медицинских услуг возрос на 31%! Авторы считают, что отсутствие роста расходов на здравоохранение в 2015-2017гг. и нерешенные проблемы здравоохранения приведут к ухудшению показателей здоровья населения. Общий коэффициент смертности в России в лучшем случае остановится на показателе 13,1 вместо запланированных 12,1 случаев на 1 тыс. населения в 2017 г., а в худшем — вырастет до 13,9. Это выльется в дополнительные смерти российских граждан от 300 тыс. до 500 тыс. за 2014-2017гг. [1].

Об этом свидетельствуют и результаты проверки Счетной палаты, посвященные аудиту формирования, финансового обеспечения в 2013-2014 годах и реализации в 2013 году федеральной и региональных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и базовой программы обязательного медицинского страхования [16]. Аудиторами в частности отмечено: «Выполненные в 2013 году объемы

медпомощи в сравнении с нормативами и данными 2012 года говорят о снижении ее доступности и качества. По итогам 2013 года сокращено 76 поликлинических учреждений и 302 больницы. В государственных больницах сокращено 35 тыс. коек. В селах за 2013 год сократили 14 тысяч коек – 4,5%». И далее: «Особую озабоченность вызывает сокращение на 7,2 тыс. врачей, работающих в государственных медорганизациях. В первую очередь сокращение коснулось врачей клинических специальностей – на 5,1 тыс. человек. На 3,6 тыс. человек сократилось число средних медработников» [16]. Аудиторами особенно отмечено, что: «За 2014 год объем платных медуслуг вырос более чем на 20%, что может свидетельствовать о замещении бесплатной медицинской помощи платной» [2].

В ежегодном Послании Президента Российской Федерации Федеральному собранию Российской Федерации от 12.12.2013 года были указаны основные пути повышения эффективности социальной сферы: «Это развитие реальной конкуренции, открытие бюджетной сферы для НКО и социально ориентированного бизнеса. И, безусловно, это оптимизация бюджетной сети за счёт сокращения неэффективных расходов и звеньев, снятие барьеров для самостоятельности бюджетных учреждений» [13].

В развитие Послания 21 января 2014 года Президентом Российской Федерации В. Путиным по итогам совещания по вопросам здравоохранения подписано ряд поручений

[12].

Правительству Российской Федерации в срок до 21 февраля 2014 года:

- обеспечить представление плана осуществления до 2020 года структурных преобразований сети медицинских организаций, обратив особое внимание на развитие стационарозамещающих технологий в больничных учреждениях;

- разработать дифференцированные нормативы объёмов оказания медицинской помощи по субъектам Российской Федерации с учётом половозрастного состава и плотности населения, транспортной доступности, уровня и структуры социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, а также климатогеографических особенностей регионов;

- представить предложения по внесению в законодательство Российской Федерации изменений, касающихся:

- расширения возможности использования механизмов государственно-частного партнёрства, концессионных соглашений в сфере здравоохранения, предусмотрев при этом сохранение профиля медицинских организаций, объёмов, видов и условий оказываемой ими медицинской помощи, а также обеспечение

доступности и качества медицинской помощи, оказываемой по программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

- наделяния органов государственной власти субъектов Российской Федерации полномочиями по выбору медицинских организаций для реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и установления критериев отбора таких организаций.

В срок до 1 марта 2014 года:

- по итогам 2013 года проанализировать ситуацию, связанную с повышением заработной платы работников социальной сферы в субъектах Российской Федерации, обратив особое внимание на диспропорцию как по отдельным отраслям социальной сферы, так и в субъектах Российской Федерации и муниципальных образованиях.

- внести предложения об источниках финансирования деятельности медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти и государственным академиям наук, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь.

Правительству Российской Федерации совместно с аппаратом Совета Безопасности Российской Федерации в срок до 21 февраля

2014 года:

своевременности (доступности) ее оказания.

- представить предложения по оптимизации сети и коечного фонда медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, в первую очередь федеральным органам исполнительной власти, руководство деятельностью которых осуществляет Президент Российской Федерации.

2. **Развитие дополнительного медицинского страхования** (сверх обязательного медицинского страхования) при оказании застрахованным лицам дополнительных медицинских или иных услуг не входящих в Программу государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи.

В декабре 2014 года Министерство здравоохранения Российской Федерации опубликовало Основные направления развития Национальной системы здравоохранения Российской Федерации, которые в частности включали [7]:

3. **Развитие государственно-частного партнерства** в здравоохранении. Ключевыми направлениями развития и условиями внедрения механизмов государственно-частного партнерства (ГЧП) в сфере здравоохранения являются:

1. **Совершенствование Программы государственных гарантий.** Это направление будет реализовано в рамках следующих задач:

- принятие федерального закона об основах государственно-частного партнерства в Российской Федерации в целях формирования единообразных подходов, эффективного внедрения и развития ГЧП в сфере здравоохранения;
- разработка механизмов обеспечения окупаемости проектов ГЧП, в том числе с использованием мер государственной поддержки, при условии сохранения социальных обязательств государства в части оказания гражданам медицинской помощи;
- финансовое обеспечение проектов ГЧП, содействие в доступе инвесторов к долгосрочным заемным источникам финансирования проектов ГЧП и пр.

- **четкое** определение видов, форм и условий медицинской помощи, входящих в Программу государственных гарантий;
- **конкретизация** условий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и медицинского обеспечения отдельных категорий граждан;
- завершение формирования в субъектах Российской Федерации трехуровневой системы оказания медицинской помощи в целях обеспечения качества и

Анализ Основных направлений в сочетании с идеологией Федерального закона РФ от 08.05.2010 № 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений», либерализацией социальной сферы позволяет данные новации в сфере здравоохранения расценить как ограничение объема бесплатной медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий и, наоборот, увеличение объема платных медицинских услуг, введение «соплатежа» за оказываемые медицинские и сервисные услуги в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования (ОМС+), а также начало разгосударствления и приватизации медицинских организаций в форме ГЧП с сохранением (?) социальных обязательств государства в части оказания гражданам бесплатной медицинской помощи. В первую очередь разгосударствление и приватизация может затронуть медицинские организации, которые являются «ценным» активом, т.е. имеющие хорошую материально-техническую базу за счет активной части основных фондов, что позволит под флагом «повышения эффективности» зарабатывать деньги на платных медицинских услугах. При этом

у государства дополнительно исчезнет правовая основа заботиться об инвестициях в основной капитал таких медицинских организаций, а также индексировать заработную плату их медицинским работникам.

Указанные проблемы на фоне нарастающего кадрового дефицита, низкой управленческой квалификации руководителей органов управления здравоохранения всех уровней и медицинских организаций приведут к дальнейшему снижению качества и доступности медицинской помощи населению, особенно в сельской местности, северных территориях, проживающему в моногородах. В первую очередь это коснется таких социально незащищенных слоев населения, как малоимущие, пожилые люди, инвалиды, дети, поскольку это группы с наименьшими доходами, но с наибольшими потребностями в медицинском обслуживании.

Распоряжением Правительства Хабаровского края от 08.02.2013 № 52-рп утвержден «План мероприятий (“дорожная карта”) «Повышение эффективности и качества услуг здравоохранения в Хабаровском крае» на 2013-2018 годы». Целью «дорожной карты» явилось повышение доступности и качества медицинской помощи населению Хабаровского края, сохранение и улучшения здоровья, увеличение продолжительности жизни населения.

К целевым показателям оценки эффективности «дорожной карты» отнесены

следующие результаты медицинской деятельности:

1. Снижение смертности населения от болезней системы кровообращения до 649,4 случая на 100 тыс. населения.

2. Снижение смертности населения от новообразований (в том числе от злокачественных) до 192,8 случая на 100 тыс. населения.

3. Снижение смертности населения от туберкулеза до 11,8 случая на 100 тыс. населения.

4. Снижение смертности населения от дорожно-транспортных происшествий до 10,6 случая на 100 тыс. населения.

5. Снижение младенческой смертности до 7,5 случая на 1000 родившихся живыми.

Следует отметить, что указанные целевые показатели оценки эффективности «дорожной карты» на 2013-2018 гг. в части результатов медицинской деятельности в основном соответствуют целевым показателям, отраженным в Указе Президента Российской Федерации от 07.05.2012 г. N 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения».

В соответствии с распоряжением Правительства Российской Федерации об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», распоряжением Правительства Хабаровского края от

08.02.2013 № 52-рп «Об утверждении планов мероприятий («дорожных карт») повышения эффективности и качества услуг учреждений социальной сферы Хабаровского края» постановлением Правительство края от 22.10.2013 № 350-пр утверждена государственная программа Хабаровского края «Развитие здравоохранения Хабаровского края» на 2013-2020 годы.

К показателям и индикаторам, характеризующим результаты медицинской деятельности в крае, были отнесены:

1. Снижение смертности населения от всех причин до 11,8 случая на 1 тыс. населения.
2. Увеличение продолжительности активной жизни населения до 75 лет.
3. Снижение материнской смертности до 5,7 случая на 100 тыс. родившихся.
4. Снижение младенческой смертности до 7,5 случая на 1000 родившихся живыми.
5. Снижение смертности населения от болезней системы кровообращения до 649,4 случая на 100 тыс. населения.
6. Снижение смертности населения от дорожно-транспортных происшествий до 8,9 случая на 100 тыс. населения.
7. Снижение смертности населения от новообразований (в том числе от злокачественных) до 192,8 случая на 100 тыс. населения.
8. Снижение смертности населения от туберкулеза до 11,8 случая на 100 тыс. населения.

9. Снижение заболеваемости туберкулезом до 90,0 случаев на 100 тыс. населения.

Утвержденные показатели и их индикаторы несколько превышают таковые, представленные в Государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения».

В настоящее время Министерством здравоохранения Российской Федерации издано ряд нормативных правовых актов, которые содержат показатели и их индикаторы, направленные для оценки эффективности деятельности как медицинской организации, так и конкретного специалиста.

Организацию проведения независимой оценки качества в субъекте Российской Федерации регламентирует приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.10.2013 № 810а «Об организации работы по формированию независимой системы оценки качества работы государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения».

Приказом рекомендуется использовать показатели качества работы медицинских организаций, характеризующие:

1. Открытость и доступность информации о медицинской организации.
2. Комфортность условий и

доступность получения медицинских услуг, в том числе для граждан с ограниченными возможностями здоровья.

3. Время ожидания в очереди при получении медицинской услуги.
4. Доброжелательность, вежливость и компетентность работников медицинской организации.
5. Удовлетворенность качеством обслуживания в медицинской организации.

Анализ предложенного в приказе перечня целевых показателей свидетельствует о том, что они отражают преимущественно доступность и удовлетворенность пациента. Вместе с тем, в них отсутствуют показатели и индикаторы, отражающие медицинскую результативность и экономическую эффективность работы медицинской организации.

Проблему оценки медицинской результативности частично решает приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.06.2013 № 421 «Об утверждении Методических рекомендаций по разработке органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления показателей эффективности деятельности подведомственных государственных (муниципальных) учреждений, их руководителей и работников по видам учреждений и основным категориям работников»).

Приказом рекомендованы ряд примерных показателей эффективности деятельности

подведомственных государственных (муниципальных) учреждений, их руководителей и работников с критериями на основе балльной оценки по видам учреждений и основным категориям работников.

Так, в соответствии с данным приказом к целевым показателям оценки деятельности врача относятся:

1. Осложнение основного заболевания (количество пациентов с осложнением от общего количества пациентов).
2. Расхождение клинических и патологоанатомических диагнозов.
3. Соблюдение норм медицинской этики и деонтологии.
4. Обоснованные жалобы (рассмотрение врачебной комиссии).
5. Дефекты в оформлении медицинской документации.

К целевым показателям оценки эффективности деятельности среднего медицинского персонала стационара относятся:

1. Своевременность и полнота выполнения врачебных назначений.
2. Соблюдение правил получения учета и хранения медикаментов и расходных материалов.
3. Соблюдение санитарно-эпидемиологического режима.

4. Соблюдение норм медицинской этики и деонтологии.

Вместе с тем и данный приказ не содержит показатели, характеризующие медицинскую результативность и экономическую эффективность, как медицинской организации, так и специалистов, что противоречит ч. 1 ст. 64 «Экспертиза качества медицинской помощи» Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», которая гласит: «Экспертиза качества медицинской помощи проводится в целях выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата», а также ч. 6 ст. 40 «Организация контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи» Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании» в аналогичной редакции.

Кроме того, приказ Минздрава России от 28.06.2013 № 421 даже не содержит упоминания о порядках и стандартах медицинской помощи, что противоречит ч. 2 ст. 64 «Экспертиза качества медицинской помощи» Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ, которая гласит: «Критерии оценки качества медицинской помощи формируются по группам заболеваний или состояний на

основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи и утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти».

Следует также отметить, что приказ не является системным, он не охватывает оценку эффективности деятельности обособленных структурных подразделений медицинской организации, руководителей медицинских организаций второго уровня, например, заместителей главного врача, а также «узких» специалистов и немедицинский персонал. Он также не затрагивает оценку эффективности деятельности служб, например, онкологическая служба региона, противотуберкулезная, акушерско-гинекологическая и пр., формирование и функционирование которых должно идти на основе порядков медицинской помощи – п. 1 ст. 37 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ. Приказ охватывает только небольшой перечень целевых показателей и работников медицинской организации и, следовательно, в целом не решает проблему оценки ее эффективности.

Отмеченные недостатки в определенной степени решены в распоряжении министерства здравоохранения Хабаровского края от 05.11.2014 № 1297-р «Об

утверждении методических рекомендаций по разработке показателей эффективности деятельности работников краевых государственных учреждений, подведомственных министерству здравоохранения Хабаровского края».

Вместе с тем анализ примерных показателей эффективности позволяет сделать ряд замечаний: В документе отсутствуют:

1. Показатели оценки эффективности деятельности руководителей медицинской организации первого и второго уровня (главный врач, заместители), а, следовательно, не представляется возможным оценить эффективность деятельности всей медицинской организации и ее структурных подразделений, в том числе немедицинских, а также по направлениям деятельности (заместитель главного врача по лечебной работе, поликлинике, клинико-экспертной работе и пр.) в соответствии с деревом цели.
2. Показатели оценки экономической эффективности, например, в расчете на законченный случай в стационаре или обращение в поликлинике.
3. Показатели и критерии оценки эффективности деятельности заведующих лечебными отделениями и амбулаторно-поликлиническими отделений не содержат такой показатель, как медицинская результативность. Именно достижение выздоровления или улучшения в состоянии

пациента и является целью деятельности медицинской организации.

4. Показатели и критерии оценки эффективности деятельности врачей параклинических служб не содержат основного качественного показателя – удельный вес совпадений результатов исследования в параклинических подразделениях с основным заключительным диагнозом. Главная цель параклинических подразделений медицинских организаций заключается не в штамповке анализов (выполнение плановых показателей), а в подтверждении или исключении патологии и, тем самым, помощи лечащему врачу в постановке основного заключительного диагноза.

Показатель выводится экспертным путем, например, за последние пять лет, путем расчета средней величины из сложения ежегодных показателей удельного веса совпадений результатов исследования с основным заключительным диагнозом.

Нельзя согласиться с тем, что показатели и критерии оценки эффективности деятельности специалистов экономической и бухгалтерской служб являются одинаковыми. Это два подразделения с разными функциями.

Так, к основным функциям планово-экономического отдела можно отнести

разработку проектов перспективных и текущих финансовых планов, управление движениями финансовыми и другими ресурсами, выполнение расчетов по материальным, трудовым и финансовым затратам и пр.

В то же время к основным функциям бухгалтерской службы следует отнести организацию бухгалтерского учета основных фондов, материально-производственных запасов, денежных средств и др., организацию расчетов с контрагентами по хозяйственным договорам, с бюджетом и внебюджетными фондами, начисление и выплата заработной платы и пр.

Именно функции и определяют возможный перечень показателей и критерии оценки эффективности деятельности специалистов различных структурных подразделений.

По этим причинам нецелесообразно оценивать одними показателями специалистов кадровой, юридической и архивной служб, библиотекарей и пр.

Трудно согласиться с тем, что основными критериями эффективности деятельности водителей медицинских организаций являются такие как соблюдение правил безопасности дорожного движения и своевременное прохождение профилактических работ. Очевидно, что основной функцией гаража и водителей является обеспечение своевременных перевозок в соответствии с потребностями медицинской организации

(персонала, пациентов, продуктов питания, мягкого инвентаря и пр.).

Это же касается и показателей оценки эффективности деятельности работников пищеблока. Конечно, очень важно соблюдать санитарно-эпидемиологический режим и, тем более, нормы закладки продуктов. Но пищеблок в структуре больницы в первую очередь необходим для обеспечения больных своевременным диетическим питанием в соответствии с нормами потребления. Это и есть главный оценочный показатель.

Таким образом, при формировании показателей и критериев оценки эффективности деятельности медицинского и немедицинского персонала имеется одна и та же системная ошибка. Она заключается в отсутствии единой методологии целеполагания и формирования целевых показателей.

Методология формирования целевых показателей и их индикаторов оценки эффективности деятельности медицинской организации, ее структурных подразделений и отдельных специалистов основана на четком определении функций, которые они выполняют, отраженные в положениях или порядках деятельности медицинской организации, структурного подразделения и должностных инструкциях.

В этой связи стоит задача в разработке унифицированной номенклатуры функций медицинских организаций различного уровня, их структурных подразделений и отдельных специалистов. Это касается не только медицинского, но и немедицинского персонала. Особенно это актуально в преддверии аккредитации медицинской организации и специалистов в соответствии со ст. 69 «Право на осуществление медицинской деятельности и фармацевтической деятельности» Федерального закона от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ.

Наши исследования (Е. Дементьева, В. Кораблев) показали, что даже медицинские организации одного уровня, например, территориальные поликлиники, сопоставимые по масштабу деятельности, имеют несовместимые по номенклатуре немедицинские структурные подразделения, подкрепленные формально выполненными положениями о структурных подразделениях и должностными инструкциями по принципу «документ должен быть, а его содержание не важно» [3].

Так, например, в шести обследованных поликлиниках организацию бухгалтерского учета выполняла бухгалтерия, а в одной поликлинике та же функция выполнялась финансовым отделом.

Такие функции как планирование, организацию и контроль административно-хозяйственного обеспечения деятельности поликлиники, в рассматриваемых

медицинских организациях выполняли хозяйственная часть, технический отдел, хозяйственный отдел, служба коммунального хозяйства или отдел материально-технической службы.

Анализируя такие структурные подразделения, как отдел информационных технологий, кабинет выписки рецептов, больничных листов, статистика, отделение информатизации, аналитики и медицинской статистики, информационно-аналитический отдел, организационно-методический отдел, организационно-методический кабинет с поликлиническим информационно-аналитическим центром, мы обнаружили, что при выполнении одних и тех же функций в данных структурных подразделениях не только различные названия, но и фиксируются они как в структуре общебольничного медицинского персонала, так и в структуре общеучрежденческого немедицинского персонала и пр.

Дополнительно следует отметить, что в распоряжении министерства здравоохранения Хабаровского края от 05.11.2014 г. N 1297-р также отсутствуют показатели оценки эффективности деятельности специализированных служб (онкологическая, противотуберкулезная, акушерско-гинекологическая и пр.).

### **Заключение**

Таким образом, в настоящее время в здравоохранении Российской Федерации сложилась определенная иерархия показателей и их индикаторов, отражающих эффективность отрасли. Вместе с тем, во всех нормативных правовых актах отсутствуют показатели, характеризующие медицинскую результативность, экономическую эффективность и эффективность использования ресурсов. Отсутствуют также показатели, характеризующие эффективность работы специализированных служб регионов, составленные на основе порядков оказания медицинской помощи, и показатели оценки эффективности немедицинского персонала. Данное обстоятельство, по нашему мнению, обусловлено низкой управленческой грамотностью руководителей всех уровней. Ситуация еще с 90-ых годов прошлого века диктует необходимость смены модели руководителя медицинской организации – от организатора здравоохранения к менеджеру здравоохранения. Давно назрела необходимость базовой подготовка руководителя по вопросам управления, экономики, финансам, правового обеспечения деятельности системы здравоохранения и медицинской организации. Именно поэтому Министерством здравоохранения Российской Федерации запущен проект управленческой подготовки руководителей медицинских организаций и руководителей финансово-экономических служб организаций на 2015-2016 годы, целью которого является повышение эффективности

управления ресурсами здравоохранения для обеспечения доступной и качественной медицинской помощи. Дальневосточный государственный медицинский университет вошел в число ряда образовательных учреждений, которые в регионе стали ответственными организаторами данного проекта.

### Список литературы

1. Бюджет здравоохранения 2015-2017 гг. - это полмиллиона дополнительных смертей. Экспертное заключение на бюджет 2015-2017 гг. в части здравоохранения. [Электронный ресурс] // Доступ URL: [http://www.rosmedlib.ru/pages/p\\_release-1.html](http://www.rosmedlib.ru/pages/p_release-1.html).
2. Выступление в Государственной Думе Российской Федерации в рамках «правительственного часа» аудитора Счетной палаты Российской Федерации А. Филипенко 25 февраля 2015 года [Электронный ресурс] // Доступ URL: [http://www.ach.gov.ru/press\\_center/news/20865](http://www.ach.gov.ru/press_center/news/20865).
3. Дементьева Е.Л., Кораблев В.Н. Некоторые аспекты проблем управления медицинской организацией в части немедицинского персонала // Здравоохранение Дальнего Востока России: вопросы управления качеством медицинских услуг: сборник научных трудов / под ред. профессора В. Н. Кораблева. Хабаровск : Изд-во ДВГМУ. 2014. С. 28-33.
4. Дмитриева О.Г. В шаге от падения. Как уберечь от него российскую экономику? // Аргументы и факты. 2014. № 4 (1785). С. 12.
5. Здравоохранение в России. 2013: Стат.сб./Росстат. М., 2013. 380 с.
6. Лапыгин Ю.Н. Теория организации и организационное поведение: Учебное пособие. М.: ИНФРА-М, 2011. 329 с.
7. Минздрав России определил 10 направлений развития здравоохранения. 25.12.2014 года. [Электронный ресурс] // Доступ URL: <http://www.zdrav.ru/news/97040/>.
8. Министерств экономического развития Российской Федерации. Прогноз социально-экономического положения Российской Федерации на 2015 год. Москва, 2015. 66 с.
9. Объем государственного долга субъектов Российской Федерации и долга муниципальных образований на 01.02.2015. [Электронный ресурс] // Доступ URL: [http://www.minfin.ru/ru/performance/public\\_debt/subdbt/index.php#](http://www.minfin.ru/ru/performance/public_debt/subdbt/index.php#).
10. Орлов Е.М., Соколова О.Н. Категория эффективности в системе здравоохранения. – Фундаментальные исследования. 2010. № 4. С. 70-75.
11. Основные направления бюджетной

политики на 2014 год и плановый период 2015 и 2016 годов [Электронный ресурс] // Доступ URL: <http://www.minfin.ru/ru/>.

12. Перечень поручений Президента Российской Федерации В. Путина по итогам совещания по вопросам здравоохранения. 21.01.2014 года. [Электронный ресурс] // Доступ URL: <http://www.kremlin.ru/assignments/20176>.

13. Послание Президента Российской Федерации Федеральному собранию Российской Федерации 12.12.2013 года [Электронный ресурс] // Доступ URL: <http://www.kremlin.ru/news/19825>.

14. Постановление Правительства Российской Федерации от 15.04.2014 г. № 294 «Об утверждении государственной программы

Российской Федерации «Развитие здравоохранения» // СПС «Консультант Плюс»

15. Счетная Палата Российской Федерации. Для финансового обеспечения программы госгарантий необходимо в короткие сроки утвердить медпомощи. 31.07.2014 года. [Электронный ресурс] // Доступ URL: [http://www.ach.gov.ru/press\\_center/news/18265](http://www.ach.gov.ru/press_center/news/18265).

16. Федеральная служба государственной статистики (Росстат). Социально-экономическое положение России. Москва. 2014. 415 с.

17. Федеральный закон Российской Федерации от 01.12. 2014 г. № 387-ФЗ О бюджете Фонда обязательного медицинского страхования на 2015 год и плановый период 2016 и 2017 годов // // СПС «Консультант Плюс»