

Федеральное государственное образовательное бюджетное учреждение  
высшего образования  
«Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации»

*На правах рукописи*

Бударин Сергей Сергеевич

**АУДИТ ЭФФЕКТИВНОСТИ КАК ФАКТОР  
ПОВЫШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ  
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ  
ОРГАНИЗАЦИЙ**

08.00.12 – Бухгалтерский учет, статистика

**ДИССЕРТАЦИЯ**  
на соискание ученой степени  
доктора экономических наук

Научный консультант

Мельник Маргарита Викторовна,  
доктор экономических наук, профессор

Москва - 2020

## Оглавление

Введение .....	5
Глава 1 Теоретико-методологические вопросы развития государственного аудита.....	23
1.1 Сущность государственного аудита, его функции, цели и задачи.....	24
1.2 Эволюционные направления развития международных стандартов государственного аудита .....	30
1.3 Анализ российского федерального и регионального опыта развития стандартизации государственного аудита .....	39
Выводы к главе 1 .....	41
Глава 2 Аудит эффективности как составная часть государственного аудита.....	43
2.1 Характерные особенности методологии аудита эффективности .....	44
2.2 Эволюция стандартизации методологии аудита эффективности в Российской Федерации .....	53
2.3 Системно-методический подход к организации и проведению аудита эффективности в Великобритании и Польше.....	62
Выводы к главе 2 .....	70
Глава 3 Опыт совершенствования методологии аудита эффективности использования государственных ресурсов в сфере здравоохранения .....	73
3.1 Использование метода «Дерева вопросов» в целях совершенствования методологии аудита эффективности при проведении контрольных мероприятий в Российской Федерации .....	74
3.2 Влияние результатов проведения контрольных мероприятий с использованием метода «Дерева вопросов» на принятие решений по вопросам совершенствования системы лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан Российской Федерации .....	97
3.3 Результаты применения «сотового метода» в методологии аудита эффективности для оценки реализации национальных проектов в сфере здравоохранения .....	109
3.4 Применение методологии аудита эффективности для оценки реализации проектов и программ в сфере здравоохранения в зарубежных странах.....	123
3.4.1 Опыт Национального управления аудита Великобритании .....	124
3.4.2 Опыт Высшего органа контроля Республики Польша .....	130
Выводы к главе 3 .....	135
Глава 4 Развитие методов анализа и оценки эффективности финансирования системы здравоохранения .....	137
4.1 Анализ методов оценки результативности государственных программ Российской Федерации в сфере здравоохранения .....	138

4.2 Региональный аспект оценки эффективности реализации государственных программ в сфере здравоохранения .....	147
4.2.1 Анализ статистической информации об основных показателях здоровья населения Москвы и деятельности медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы .....	154
4.2.2 Результаты реализации программы «Столичное здравоохранение» .....	167
4.3 Модели и структура финансирования системы здравоохранения и медицинских организаций в Москве и оценка качества управления финансовыми ресурсами .....	170
Выводы к главе 4 .....	176
Глава 5 Совершенствование методологии аудита эффективности в целях ее использования для оценки результативности деятельности медицинских организаций и прогнозирования достаточности ресурсов для удовлетворения потребности населения в медицинской помощи.....	178
5.1 Формирование оценочных показателей эффективности системы здравоохранения и деятельности медицинских организаций.....	184
5.2 Методический инструментарий оценки качества управления ресурсами медицинских организаций.....	193
5.3 Структура взаимосвязи между ресурсами и результатами деятельности медицинских организаций при оказании первичной медико-санитарной помощи .....	209
5.4 Формирование «Дерева вопросов» и оценочных показателей эффективности деятельности медицинских организаций.....	226
Выводы к главе 5 .....	242
Глава 6 Опыт применения методологии аудита эффективности для оценки результативности деятельности медицинских организаций, оказывающих населению первичную медико-санитарную помощь.....	244
6.1 Методика формирования показателей и критериев их оценки для организации и проведения аудита эффективности использования ресурсов медицинских организаций.....	244
6.2 Результаты оценки результативности деятельности медицинских организаций при оказании населению первичной медико-санитарной помощи	268
6.2.1 Формирование оценки достаточности ресурсов (ОДР) .....	269
6.2.2 Формирование оценок эффективности использования ресурсов (ОЭИР, ОПИР, ОРИР).....	275
6.2.3 Формирование оценки общественного мнения (ООМ) .....	298
6.3 Использование результатов оценки результативности для прогнозирования потребности ресурсного обеспечения медицинских организаций, оказывающих населению первичную медико-санитарную помощь .....	308
Выводы по главе 6 .....	318

Заключение.....	320
Список сокращений и условных обозначений .....	327
Список литературы.....	329
Приложение А (информационное) Структура «Дерева вопросов» аудита эффективности .....	372
Приложение Б (информационное) Показатели эффективности использования ресурсов .....	378
Приложение В (информационное) Анкетирование медицинского персонала .....	391
Приложение Г (информационное) Социологический опрос граждан .....	396

## Введение

**Актуальность темы исследования.** С начала 2000-х годов в Российской Федерации реализуются масштабные мероприятия по модернизации системы здравоохранения, обеспечению доступности и повышению качества медицинской помощи, оказываемой населению, улучшению показателей здоровья населения и повышению ожидаемой продолжительности жизни граждан Российской Федерации.

В целях модернизации системы здравоохранения совершенствуются законодательные и нормативные правовые акты, меняются система финансирования и организационная структура управления медицинскими организациями, внедряются новые медицинские технологии. Создается единая государственная информационная система в сфере здравоохранения, целью которой является обеспечение эффективной информационной поддержки процесса управления системой медицинской помощи, а также процесса оказания медицинской помощи.

Финансирование мероприятий в государственной системе здравоохранения осуществляется за счет средств федерального бюджета, консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации, средств обязательного медицинского страхования и иных, не запрещенных законодательством источников.

В 2000-х годах началась переориентация бюджетного процесса на управление результатами на основе внедрения программно-целевого метода финансирования государственных расходов. Применение принципов программно-целевого формирования бюджета направлено на обеспечение взаимосвязи бюджетных ресурсов с общественно значимыми конечными результатами. Приоритетный национальный проект «Здоровье» и другие национальные проекты в сфере здравоохранения, реализованные в период 2006-2013 гг., основывались на этом принципе. С 2014 года основой бюджетного финансирования здравоохранения является Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (далее - Программа), в которой определены объемы бюджетных ассигнований и средств государственных внебюджетных фондов, целевые индикаторы и значения показателей, ожидаемые в результате реализации Программы. На реализацию мероприятий, предусмотренных Программой в

период 2018-2025 гг. с учетом всех источников финансирования, планируется израсходовать около 34,0 трлн рублей.

В 2018 году разработан и утвержден национальный проект в сфере здравоохранения до 2024 года, на реализацию которого выделяются бюджетные средства в сумме более 1,7 трлн рублей.

Принятие решений о направлении значительного объема бюджетных средств и средств обязательного медицинского страхования (ОМС) в сферу здравоохранения вызывает необходимость организации соответствующего контроля за эффективностью их расходования, повышения ответственности получателей финансовых средств перед обществом. Осуществление контроля за целевым и эффективным использованием средств федерального бюджета и бюджетов государственных внебюджетных фондов является задачей Счетной палаты Российской Федерации. Эффективность использования бюджетных средств субъектов Российской Федерации контролируется контрольно-счетными органами соответствующих субъектов Российской Федерации.

Переход бюджетного процесса на управление результатами потребовал нового подхода к проведению государственного контроля за расходованием бюджетных средств. Именно поэтому в последние десятилетия получила развитие система государственного аудита, и аудит эффективности стал одним из основных видов проведения контрольных мероприятий, используемых контрольно-счетными органами Российской Федерации.

В период с 2005 года Счетная палата Российской Федерации активно использует методологию аудита эффективности для оценки эффективности использования бюджетных средств и средств ОМС, направляемых на реализацию государственных проектов и программ в сфере здравоохранения. Разделение контрольных полномочий между Счетной палатой Российской Федерации и контрольно-счетными органами субъектов Российской Федерации ограничивает возможности комплексной оценки эффективности реализации государственных программ и национальных проектов, которые финансируются за счет средств бюджетов разного уровня.

Методология аудита эффективности позволяет решать задачи по оценке эффективности реализации государственных программ и национальных проектов

благодаря возможности использования единых методологических подходов и стандартов к организации, проведению и анализу результатов проведения аудитов эффективности за счет координации этих процессов из единого центра.

По результатам проводимых аудитов эффективности и на основе предложений Счетной палаты Российской Федерации вносятся изменения в отдельные законодательные акты, а Правительством Российской Федерации, Министерством здравоохранения Российской Федерации и другими ведомствами принимаются нормативные правовые акты, направленные на повышение эффективности использования ресурсов в сфере здравоохранения.

Одним из ключевых компонентов методологии аудита эффективности является разработка и утверждение оценочных показателей деятельности медицинских организаций. При их разработке особое внимание уделяется вопросам сбора и обработки первичных данных, достоверности полученной информации, которая в свою очередь зависит от наличия и использования инструментария для измерения значений оценочных показателей, характеризующих деятельность объектов аудита.

Методология аудита эффективности позволяет осуществлять оценку качества управления и использования ресурсов, как системы здравоохранения в целом, так и отдельно взятой медицинской организации.

Методология аудита эффективности пока еще не нашла широкого применения для оценки качества использования ресурсов медицинских организаций и возможности достижения ими плановых значений показателей деятельности в зависимости от объемов имеющихся ресурсов. Недостаточно используются инструменты методологии аудита эффективности для определения вклада каждой отдельной медицинской организации в достижение целевых значений показателей, предусмотренных программами и проектами в сфере здравоохранения.

Ежегодно органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации утверждают территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – ТППГ), целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи, оказываемой гражданам в рамках ТППГ. В ТППГ устанавливаются перечень видов, форм и условий оказываемой бесплатно медицинской помощи, нормативы объема медицинской

помощи, нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансирования, порядок и структура формирования тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, способы оплаты медицинской помощи и пр.

Изменения структуры и объемов финансирования сферы здравоохранения, рост потребности населения в медицинской помощи и повышение требований к ее доступности требует совершенствования методик расчета потребности медицинских организаций в финансовых средствах, оценки их достаточности для удовлетворения потребности населения в объемах и видах медицинской помощи, обеспечения ее доступности и качества.

Разработка инструментария, позволяющего прогнозировать потребность в ресурсах необходимых медицинским организациям для достижения целевых значений показателей, предусмотренных государственными программами, создание условий для эффективного управления ресурсами и контроля за деятельностью медицинских организаций является актуальным вопросом развития системы здравоохранения на региональном и федеральном уровнях.

**Степень разработанности темы исследования.** Методология аудита эффективности получила свое развитие в середине 60-х годов 20 века благодаря широкому использованию программно-целевого метода формирования бюджета в развитых зарубежных странах.

В целях оценки эффективности и результативности бюджетных расходов в обществе появилась потребность в совершенствовании системы государственного контроля и в увеличении объемов информации о реализации мероприятий, осуществляемых с использованием бюджетных средств. Таким образом, был дан новый импульс к поиску новых форм и видов государственного финансового контроля.

На IX Конгрессе Международной организации высших органов финансового контроля (ИНТОСАИ) в 1977 году (г. Лима, Республика Перу) была принята «Лимская декларация руководящих принципов контроля».

В статье 4 впервые вводится понятие аудита эффективности и утверждается, что наравне с проверкой законности и правильности управления финансами существует «...иной равнозначный тип аудита – аудит эффективности, который



направлен на проверку экономичности, эффективности и результативности государственного управления. Аудит эффективности включает не только проверку конкретных финансовых операций, но и управленческую деятельность правительства в целом, в том числе организационную и административную системы»<sup>1</sup>.

Аудит эффективности использования государственных средств, как вид контроля деятельности государственных органов, организаций и учреждений, применяется в разных странах. Его основной целью является оценка эффективности использования бюджетных средств и ресурсов, то есть соотношения между затратами и результатами.

В Счетной палате Российской Федерации, образованной в 1995 году, и в контрольно-счетных органах субъектов Российской Федерации изначально особое внимание уделялось изучению теоретического и практического опыта зарубежных стран. Международное сотрудничество в сфере проведения аудита эффективности активно осуществляется с 2000-х годов. За это время проведен ряд аудитов эффективности, в том числе в сфере здравоохранения, с использованием опыта и научно-методических разработок в этой сфере Управления Генерального аудитора Канады и Национального управления аудита Великобритании.

Государственному финансовому контролю (аудиту) посвящено большое количество публикаций, в которых освещаются вопросы методологии, организации и методики проведения контрольных мероприятий. Определенное внимание в публикациях уделяется развитию в России аудита эффективности, как современной формы государственного финансового контроля, оценки деятельности органов исполнительной власти, принимающих управленческие решения, созданию соответствующих условий и нормативно-правовой базы для развития этого направления финансового контроля.

Среди значимых исследований, касающихся государственного аудита и аудита эффективности следует отметить работы таких авторов как

---

<sup>1</sup> Лимская декларация руководящих принципов аудита. ИССАИ 1. – URL: [https://www.intosai.org/fileadmin/downloads/documents/open\\_access/INT\\_P\\_1\\_u\\_P\\_10/issai\\_1\\_ru.pdf](https://www.intosai.org/fileadmin/downloads/documents/open_access/INT_P_1_u_P_10/issai_1_ru.pdf) (дата обращения: 31.03.2019).

Агапцов С.А., Беляева О.И., Блауберг И.В., Валеев А.Р., Воронин Ю.М., Горегляд В.П., Двуреченских В.А., Жуков В.А., Зырянова Т.В., Иванова Е.И., Мельник М.В., Мешалкина Р.Е., Пискунов А.А., Радионова В.М., Рябухин С.Н., Садовский В.Н., Саунин А.Н., Слободяник Ю.Б., Степашин С.В., Чечеткин В.Д., Шахрай С.М., Шохин С.О., Юдин Э.Г. и других.

Методам анализа и оценки в области бюджетного финансирования посвящены публикации Алехина Э.В., Вахрушиной М.А., Валеева А.Р., Грязновой А.Г., Кеворковой Ж.А., Качковой О.Е., Кришталевой Т.И., Маркиной Е.В., Солянской С.П., Черных М.Н., Шеремета А.Д., Юдиной Г.А. и других.

Оценке эффективности управления и использования государственных ресурсов в сфере здравоохранения значительное внимание уделяется в научных работах таких авторов как Андреева О.В., Волкова Н.С., Вялков А.И., Егоренков Д.А., Кадыров Ф.Н., Лисицын Ю.П., Медик В.А., Стародубов В.И., Толчинская М.Н., Шишкин С.В. Щепин О.П., Щепин В.О. и других.

Отдельно необходимо выделить публикации о проблемах качества управления ресурсами медицинских организаций и оценке их деятельности по обеспечению доступности и качества медицинской помощи на основе данных статистической и бухгалтерской отчетности, внедрению управленческого учета в медицинских организациях. Большое внимание этим вопросам уделено в работах Бульги Р.П., Вахрушиной М.А., Глебковой И.Ю., Долбик-Воробей Т.А., Жидковой О.И., Малиновской Н.В., Осинина А.В., Савина А.А., Тайлашевой М.А., Туренко Т.А. и других авторов.

Изучение научных публикаций показало, что пока недостаточно изученными являются области применения методологии аудита эффективности для оценки результативности деятельности медицинских организаций и принятия управленческих решений на основе результатов аудита эффективности для удовлетворения потребности населения в медицинской помощи. В научных публикациях недостаточно освещены методы определения взаимосвязи между объемом выделенных ресурсов и достижением запланированных значений показателей, потребности и достаточности ресурсов для достижения целевых показателей, принятых в государственных программах и проектах в сфере

здравоохранения, весьма ограниченно изложены результаты экономической деятельности медицинских организаций государственной системы здравоохранения, в том числе влияние отдельно взятых медицинских организаций на показатели здоровья и эффективности системы здравоохранения в целом.

В эпоху развития информационных технологий, позволяющих детализировать и персонифицировать информацию об оказании медицинской помощи, обеспечить сбор и обработку финансово-экономических и статистических данных, появились возможности создания новых оценочных показателей эффективности деятельности медицинских организаций и системы здравоохранения, которые могут значительно улучшить качество прогнозирования потребности населения в медицинских услугах, расчета видов и объема ресурсов, необходимых для достижения целевых показателей.

Потребность развития методологии аудита эффективности использования ресурсов применительно к медицинским организациям, мониторинг и контроль за деятельностью которых может быть улучшен за счет использования информационных технологий, дополнительных показателей и критериев оценки эффективности, созданных на основе персонифицированного учета данных об оказании населению медицинских услуг, определили выбор темы, цели, задачи, структуру и содержание настоящего исследования.

**Цель и задачи исследования.** Целью исследования является развитие методологии аудита эффективности использования государственных ресурсов, выделяемых на развитие здравоохранения, и разработка методического инструментария контроля и оценки достаточности ресурсов медицинских организаций для достижения плановых значений показателей, предусмотренных национальными проектами и программами и удовлетворения потребности населения в медицинских услугах, повышения их доступности и качества.

Подцель 1. Определить роль аудита эффективности в оценке результативности использования государственных ресурсов при реализации национальных проектов и программ.

Исходя из поставленной цели, сформированы следующие задачи:

– определить роль государственного аудита в управлении государственными ресурсами и выделить «ключевые объекты» контроля;

- провести анализ эволюции развития методологии государственного аудита эффективности в системе управления национальными проектами и программами;

- определить возможность использования зарубежного опыта для совершенствования методологии, методики и организации проведения аудита эффективности;

- рассмотреть методическое обеспечение аудита эффективности использования бюджетных ресурсов и государственной собственности.

Подцель 2. Раскрыть особенности использования методологии аудита эффективности в сфере здравоохранения при осуществлении контроля за результативностью системы здравоохранения.

Исходя из поставленной цели, сформированы следующие задачи:

- обосновать необходимость сквозного контроля использования бюджетных средств и государственной собственности на всех уровнях управления с целью повышения результативности их использования;

- определить параметры комплексности оценки использования бюджетных средств при реализации национальных проектов и программ;

- оценить результаты аудита эффективности использования государственных ресурсов, проведенных Счетной палатой и Контрольно-счетными органами субъектов Российской Федерации;

- выявить преимущества процессного подхода к регламентации использования ресурсов и оценке качества медицинских услуг;

- раскрыть достаточность нормативного обеспечения аудита эффективности для реализации процессного подхода при проектном управлении развитием здравоохранения;

- провести анализ методов и моделей структуры финансирования здравоохранения и медицинских организаций, оказывающих населению медицинскую помощь.

Подцель 3. Обосновать основные направления совершенствования методологии и методического инструментария оценки влияния результативности деятельности медицинских организаций на достижение целевых значений показателей национальных проектов и программ.

Исходя из поставленной цели, сформированы следующие задачи:

- разработать сбалансированную систему показателей для оценки эффективности системы здравоохранения и использования ресурсов медицинских организаций при оказании взрослому населению первичной медико-санитарной помощи;
- выделить группы показателей, влияющих на достижение целевых показателей, утвержденных государственной программой «Развитие здравоохранения» (в частности «Столичное здравоохранение») и программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (в частности ТППГ города Москвы);
- предложить методы оценки взаимосвязи между ресурсным обеспечением медицинских организаций и достаточностью ресурсов для достижения целевых значений показателей;
- определить направления развития информационных технологий и персонифицированного учета данных об оказании населению медицинских услуг, необходимых для оценки доступности и качества оказания медицинской помощи;
- проанализировать результативность использования предложенных направлений совершенствования методологии, методов и методического инструментария оценки эффективности использования государственных ресурсов;
- разработать предложения по уточнению нормативных и методических документов на основе апробации предложенной методологии и методического инструментария;
- разработать и оценить результативность применения методики оценки эффективности использования ресурсов медицинскими организациями на примере отдельных учреждений здравоохранения.

**Объектом исследования** является деятельность медицинских организаций, реализация национальных проектов и государственных программ в сфере здравоохранения Российской Федерации.

**Предметом исследования** является процесс контроля и оценки эффективности деятельности медицинских организаций, реализации национальных проектов и программ в сфере здравоохранения Российской Федерации на основе применения методологии аудита эффективности использования государственных

ресурсов в сфере здравоохранения, методы обоснования достаточности объемов финансирования системы здравоохранения.

**Рабочей гипотезой исследования** является предположение об универсальности методологии аудита эффективности, которая обладает контрольными и исследовательскими свойствами, позволяет проводить сквозной контроль и оценку эффективности управления системой здравоохранения на макроуровне (федеральные и региональные программы и проекты) и микроуровне (деятельность медицинских организаций). Применение методологии аудита эффективности в сфере здравоохранения способствует совершенствованию методов прогнозирования потребности населения в медицинских услугах, использованию достижений в области информационных технологий для формирования дополнительных оценочных показателей, основанных на данных персонафицированного учета данных об оказании населению медицинской помощи.

**Область исследования.** Диссертация соответствует п. 3.2. «Теоретические и методологические основы и целевые установки аудита, контроля и ревизии»; п. 3.3. «Методология разработки программ аудита и плана проверок»; п. 3.7. «История развития методологии, теории и организации аудита, контроля и ревизии»; п. 3.8. «Регулирование и стандартизация правил ведения аудита, контроля и ревизии»; п. 3.9. «Развитие методологии комплекса методов аудита, контроля и ревизии»; п. 3.14. «Бюджетный контроль и ревизия»; п. 2.10. «Макроэкономический анализ ценовой ситуации, вскрывающий факторы, воздействующие на динамику цен»; п. 2.3. «Развитие методологии комплекса методов оценки, анализа, прогнозирования экономической деятельности»; п. 2.16. «Анализ и обоснование программ финансового оздоровления» Паспорта научной специальности 08.00.12 - Бухгалтерский учет, статистика (экономические науки).

**Научная новизна** исследования состоит в разработке методологии и методик организации и применения инструментария контроля за эффективностью использования государственных ресурсов, выделяемых для развития системы здравоохранения на всех уровнях управления, формировании методического обеспечения аудита эффективности, включая сбор, систематизацию, методы обработки данных, необходимых и достаточных для объективной оценки результатов деятельности медицинских организаций, оказывающих взрослому

населению первичную медико-санитарную помощь и способствующих повышению результативности использования ресурсов.

**Теоретическая и практическая значимость работы.** Теоретическая значимость работы связана с дальнейшим развитием методологии аудита эффективности как самостоятельной формы контроля за эффективностью использования бюджетных средств и государственной собственности в условиях активной реализации национальных проектов, направленных на повышение качества и удовлетворенности населения России медицинской помощью. Опираясь на программно-целевые методы управления, в работе предложены новые методы контроля, обеспечивающие его сквозной характер и комплексность, выстроены методики контроля, учитывающие специфику структуры и организации здравоохранения в России, регулирующие взаимоотношения бюджетных организаций здравоохранения с коммерческими экономическими субъектами, которые оказывают услуги, оплачиваемые за счет бюджетных средств. В работе обоснована сбалансированная система показателей, характеризующих качество и доступность медицинской помощи населению, сформирован методический инструментарий, способствующий быстрому внедрению предлагаемой методологии.

Результаты исследования имеют практическую значимость и могут быть использованы органами исполнительной власти в сфере здравоохранения федерального и регионального уровня для подготовки нормативных правовых актов, методических рекомендаций и других документов, касающихся подходов к оценке качества реализации программ, проектов, мероприятий и управления ресурсами медицинских организаций. Итоги диссертационного исследования могут найти применение при подготовке и проведении контрольно-счетными органами аудитов эффективности использования средств федерального бюджета и бюджетов субъектов Российской Федерации, направляемых на реализацию национальных проектов в сфере здравоохранения.

**Методология и методы исследования.** Теоретическую и методологическую базу работы формируют научные взгляды отечественных и зарубежных ученых, специалистов в области организации здравоохранения и финансового контроля, международные и национальные нормативные документы, регламентирующие

развитие системы здравоохранения, методики оценки эффективности использования ресурсов в сфере здравоохранения, систематизация и обобщение лучших практик применяемых в организации систем здравоохранения.

Для сбора и обработки материалов исследования использованы методы обобщения, системного анализа и экспертных оценок, статистические методы обработки информации, элементы методики креативности, экономико-математического моделирования и т.д.

Информационной базой диссертационного исследования являются: научные работы и лучшие практики в сфере государственного контроля и аудита, организации системы здравоохранения, материалы Счетной палаты Российской Федерации и контрольно-счетных органов субъектов Российской Федерации, а также отчеты высших органов контроля (аудита) зарубежных стран, законодательные акты, нормативные правовые акты Правительства Российской Федерации, Минздрава России, Департамента здравоохранения города Москвы, формы федерального статистического наблюдения, утвержденные Росстатом России, данные мониторингов, бухгалтерская отчетность медицинских организаций, материалы российских и международных научно-практических конференций и симпозиумов, специализированные обзоры, подготовленные профессиональными объединениями, работающими в сфере здравоохранения, результаты контрольных и экспертно-аналитических мероприятий, социологических опросов и экспертиз по оценке эффективности использования ресурсов учреждениями здравоохранения.

В качестве источника эмпирических данных послужили годовые отчеты (статистическая и бухгалтерская отчетность) деятельности медицинских организаций, результаты анкетирования медицинского персонала, обработка которых осуществлялась на персональном компьютере с применением программного обеспечения Microsoft Excel 2013 и пакета прикладных программ «Statistica 6».

В ходе исследования использованы общенаучные методы познания: диалектический метод, системный подход, логическое соответствие и гармонизация, детализация и обобщение, дедукция и индукция. При проведении анализа также использовались специальные приемы и методы анализа: сравнение, группировка, экспертные оценки, SWOT-анализ, ABC-анализ, факторный анализ, структурно-



логическое моделирование, при проведении контрольных проверок предложено использование современных информационных технологий, учитывающих специфику деятельности в медицинских организациях.

**Положения, выносимые на защиту.** На защиту выносятся следующие основные теоретические положения и практические значимые результаты:

- предложено использование в методологии аудита эффективности метода «дерево целей», трансформированного в метод «дерево вопросов», который позволяет сформировать систему показателей и критериев оценки результатов деятельности организаций, реализующих национальные проекты и программы в сфере здравоохранения с использованием бюджетных средств (С. 74-97);

– определены методы выбора ключевых объектов аудита эффективности в зависимости от их влияния на результаты реализации национальных проектов и программ в сфере здравоохранения независимо от формы их собственности, если они используют бюджетные средства (С. 88-90);

– предложен «сотовый метод», как метод сквозного контроля и единого научно-методического обеспечения и стандартизации проведения и анализа результатов аудитов эффективности использования бюджетных средств, направляемых на реализацию национальных проектов и программ в сфере здравоохранения (С. 109-123);

– разработаны методики применения аудита эффективности для обоснования достаточности ресурсов (финансовых, материально-технических, кадровых и т.д.), необходимых для обеспечения деятельности медицинских организаций, реализующих национальные проекты и программы в сфере здравоохранения (С. 226-241; 268-275);

– сформирован инструментарий оценки вклада отдельной медицинской организации в достижение целевых показателей, предусмотренных государственной программой «Развитие здравоохранения» (на примере здравоохранения города Москвы) на основе методологии аудита эффективности (С. 193-208; 300-307);

– обоснована потребность в использовании информационных технологий и персонифицированного учета данных об оказании медицинских услуг жителям Москвы для разработки оценочных показателей, характеризующих доступность и качество оказания медицинской помощи (С. 186-189; 308-313);

- предложен рабочий проект мониторинга базовых параметров деятельности медицинских организаций, характеризующих качество управления ресурсами и позволяющих увязать их значение с показателями результативности деятельности медицинских организаций (С. 218-225; 244-268; 293-296; 308-318);
- построена сбалансированная система показателей, используемых для оценки эффективности систем здравоохранения и использования ресурсов медицинских организаций для оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению (С. 184-189; 209-212);
- выделены показатели, влияющие на достижение целевых значений показателей, утвержденных государственной программой «Развитие здравоохранения» (в частности «Столичное здравоохранение») и программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (в частности ТППГ города Москвы) (С. 192-195; 296-297);
- выявлена взаимосвязь между ресурсным обеспечением медицинских организаций и их достаточностью для достижения целевых значений показателей (С. 190-192; 212-218; 317-318);
- проведена апробация предложений по совершенствованию методологии аудита эффективности и методического инструментария для оценки результативности деятельности медицинских организаций (на примере медицинских организаций города Москвы, оказывающих взрослому населению первичную медико-санитарную помощь) (С. 275-296).

**Степень достоверности и апробация результатов исследования.** Основные положения диссертации о методах и процедурах осуществления аудита эффективности в сфере здравоохранения нашли отражение в отчетах Счетной палаты Российской Федерации о результатах контрольных мероприятий, проведенных совместно с контрольно-счетными органами субъектов Российской Федерации в 2008-2013 гг. и в последующие годы.

Методология аудита эффективности, основанная на применении «сотового» метода проведения совместного контрольного мероприятия, излагалась на учебно-практических семинарах, проводимых Счетной палатой Российской Федерации в Санкт-Петербурге, г. Казани и Москве для сотрудников региональных контрольно-счетных органов.

Методология проведения аудита эффективности использовалась для подготовки методики оценки эффективности деятельности ведомственного медицинского центра в Москве в 2014-2015 гг., пилотных проектов оценки достаточности ресурсов и эффективности их использования медицинскими организациями государственной системы здравоохранения Москвы в 2016-2019 гг.

Основные положения и результаты исследования докладывались и нашли отражение в материалах научных мероприятий: на X Юбилейной Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Медицина и Качество – 2017» (Москва, Росздравнадзор, 4-5 декабря 2017 года); на IV Российском конгрессе лабораторной медицины (Москва, Федерация лабораторной медицины, 3-5 октября 2018 года); на XI Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Медицина и Качество – 2018» (Москва, Росздравнадзор, 3-4 декабря 2018 года); на X Международной научно-практической конференции «Декабрьские чтения памяти С.Б. Барнгольц» (Москва, Финансовый университет, 12-13 декабря 2018 года); на заседании Круглого стола Комитета Государственной Думы по охране здоровья «Реализация Государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», проблемы федерального и регионального законодательного регулирования» (г. Тамбов, Комитет Государственной Думы по охране здоровья, 24 мая 2019 года), на V Российском конгрессе лабораторной медицины (Москва, Федерация лабораторной медицины, 11-13 сентября 2019 года); на форуме с международным участием «Социология здоровья: на пути к пациентоориентированности» (Москва, ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 12 ноября 2019 года); на XI Международной научно-практической конференции «Декабрьские чтения памяти С.Б. Барнгольц» (Москва, Финансовый университет, 12-13 декабря 2019 года).

Материалы диссертации связаны с исследованиями, проводимыми в Финансовом университете в рамках выполнения общеуниверситетской комплексной темы «Новая парадигма общественного развития в условиях цифровой экономики» по направлению «Национальная безопасность в условиях трансформации мирового сообщества» по подтеме «Национальная безопасность цифровой экономики на платформе учетно-контрольного и аналитического обеспечения».

**Внедрение результатов исследования.** Счетной палатой Российской Федерации используются разработанные и представленные в диссертации подходы к формированию программы проведения аудита эффективности использования государственных ресурсов и формированию системы («дерево вопросов») показателей и критериев оценки результатов деятельности организаций и эффективности реализации программ и проектов в сфере здравоохранения.

Выводы и основные положения диссертации используются в практической работе Счетной палаты Российской Федерации и способствуют повышению качества организации и проведения контрольных мероприятий.

Материалы диссертации используются в практической деятельности Минздрава России, в частности, разработанные научно-методические рекомендации по применению методики аудита эффективности в целях формирования системы показателей и критериев оценки реализации программ и проектов, касающихся лекарственного обеспечения граждан с использованием средств бюджетной системы Российской Федерации. С учетом положений методологии аудита эффективности утвержден ряд нормативных правовых актов, касающихся совершенствования государственного регулирования цен на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных и лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан.

В практической деятельности Счетной палаты Республики Татарстан применяются представленные в диссертации научно-практические рекомендации о целесообразности практического применения методологии аудита эффективности, основанной на использовании метода «Дерево целей» («Дерево вопросов»), который позволяет формировать систему показателей и критериев оценки результатов деятельности ключевых объектов проверки (независимо от их формы собственности), участвующих в реализации программ и проектов в сфере здравоохранения, с использованием средств бюджетной системы Российской Федерации.

Основные положения диссертации используются в практической работе ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора в создаваемой указанным институтом информационной системе автоматического сбора и анализа данных медицинских организаций и, тем самым, способствуют повышению

результативности и эффективности контрольно-надзорной деятельности Росздравнадзора и его территориальных органов.

На основе материалов исследования Территориальным органом Росздравнадзора по Омской области используется рабочая программа внедрения методики аудита эффективности системы здравоохранения (медицинских организаций), позволяющая повысить эффективность использования ресурсов при оказании медицинской помощи.

В Банке России апробировано использование информационных технологий и персонифицированного учета данных об оказании медицинских услуг Многопрофильным медицинским центром Банка России для определения значений показателей, характеризующих доступность и качество оказания медицинской помощи, внедрена предложенная в диссертации концепция системы управленческого учета деятельности Многопрофильного медицинского центра Банка России, позволяющая повысить эффективность использования ресурсов при оказании медицинской помощи.

Медицинскими организациями государственной системы здравоохранения Москвы используется информационная система ИАС СКУР НИИОЗММ ДЗМ, разработанная по предложению и с участием диссертанта, которая предназначена для оценки качества управления ресурсами медицинских организаций. Методические рекомендации по внедрению и применению стандарта качества управления ресурсами, подготовленные при участии диссертанта, являются основой курса по обучению руководства и сотрудников медицинских организаций теории и практике оценки эффективности использования государственных ресурсов для достижения целевых показателей деятельности медицинских организаций.

Материалы диссертации использованы при выполнении ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения Москвы» научно-исследовательской работы «Научно-методическая оценка ресурсов в системе здравоохранения и влияние их достаточности на эффективность деятельности медицинских организаций», Рег. № НИОКТР АААА-А17-117062110048-5 от 21.06.2017 (регистрационный номер Сведений о результатах НИОКТР: АААА-Б20-220042490007-0 от 20.04.2020).

Апробация и внедрение результатов исследования подтверждены соответствующими документами.

**Публикации.** Основные положения диссертации отражены в 41 научной публикации общим объемом 51,25 п.л. (авторский объем 41,25 п.л.), в том числе в 2 монографиях общим объемом 19,75 п.л. (авторский объем 17,45 п.л.), в 4 статьях в международной цитатно-аналитической базе «Scopus» общим объемом 2,9 п.л. (авторский объем 2,01 п.л.), в одной статье в международной цитатно-аналитической базе Web of Science общим объемом 1,4 п.л. (авторский объем 1,0 п.л.) и в 16 статьях общим объемом 14,3 п.л. (авторский объем 11,85 п.л.), опубликованных в рецензируемых научных изданиях, определенных ВАК при Минобрнауки России, из которых 2 статьи входят в цитатно-аналитическую базу RSCI общим объемом 1,8 п.л. (авторский объем 1,45 п.л.).

**Структура и объем диссертации** определены целью, задачами и логикой исследования. Диссертация состоит из введения, шести глав, заключения, списка сокращений и условных обозначений, списка литературы из 353 наименований и 4 приложений. Диссертация изложена на 400 страницах, содержит 35 рисунков и 113 таблиц.

## **Глава 1 Теоретико-методологические вопросы развития государственного аудита**

В Российской Федерации проведение государственного аудита использования средств федерального бюджета, государственных внебюджетных фондов и иных государственных ресурсов, законодательно закреплено за Счетной палатой Российской Федерации [6], которая является высшим органом внешнего государственного аудита (контроля).

В российских научных публикациях в течение последних 10-15 лет [70; 104; 121; 140; 145; 178; 190; 200; 248; 348] достаточно много внимания уделяется вопросам деятельности органов государственного аудита и финансового контроля. Отсутствие законодательно утвержденной формулировки понятия государственного аудита позволяет разным авторам предлагать свою версию этого понятия. В качестве одного из наиболее значимых по существу и по содержанию, следует признать следующее научное определение.

«Государственный аудит – система внешнего независимого публичного аудита деятельности органов государственной власти по управлению общественными ресурсами (финансовыми, материальными, интеллектуальными) – является одним из современных институтов социального контроля, который возникает в условиях распространения идей гуманизма и свободы как институциональный отклик на изменение представлений людей об иерархии взаимоотношений между государством, обществом и человеком» [313, с. 37].

В федеральном законе, регулирующем деятельность Счетной палаты Российской Федерации до 2013 года [7] указывалось, что Счетная палата является постоянно действующим органом государственного финансового контроля. Это позволяло говорить о ее деятельности в основном в категориях финансового контроля, однако, многие исследователи рассматривали возможности контрольных функций шире и при обсуждении функциональных полномочий контрольно-счетных органов использовали понятие государственный аудит, которое формулировалось авторами в разных вариантах.

## 1.1 Сущность государственного аудита, его функции, цели и задачи

В концепции реформирования бюджетного процесса, озвученной в начале 2000-х годов, предусматривается смещение акцентов бюджетного процесса с «оценки затрат» на «оценку достигнутых результатов», повышение ответственности и расширение самостоятельности участников бюджетного процесса и администраторов бюджетных средств в рамках четких среднесрочных ориентиров.

Изменения вызвали необходимость перемен и в подходах к проведению внешнего государственного аудита (контроля) расходования бюджетных средств. В основу были положены принципы эффективности использования бюджетных средств, т.е. «...достижения заданных результатов с использованием наименьшего объема средств (экономности) и (или) достижения наилучшего результата с использованием определенного бюджетом объема средств (результативности)» [1].

По мнению ученых, проведение государственного аудита способствует повышению эффективности управления национальными ресурсами и с этой целью в каждой стране создается система специальных государственно-правовых институтов, среди которых особое место занимает институт государственного аудита [46; 53; 134; 149; 201; 208; 209].

Таким образом, можно сделать вывод, что государственным аудитом должны заниматься специализированные государственные органы, наделенные соответствующими полномочиями. В зарубежных странах на протяжении многих лет используется термин «государственный аудит», который в практике государственных органов финансового контроля применяется по двум направлениям: оценка достоверности отчетных данных и оценка экономичности и эффективности работы [63].

Изменение в 2013 году статуса Счетной палаты Российской Федерации с постоянно действующего органа государственного финансового контроля на высший орган внешнего государственного аудита (контроля), позволило расширить круг задач и инструментов, применяемых для их решения.

Исследование сущности понятий государственный финансовый контроль и



государственный аудит позволяет авторам предлагать и объяснять свои формулировки этих понятий, считая, что государственный финансовый контроль – это особый вид финансовой деятельности, осуществляемой органами государственной власти и иными уполномоченными субъектами [331].

В научных публикациях можно встретить высказывания о том, что финансовый контроль является неотъемлемой частью системы управления, так как информация о реальном финансовом состоянии объекта контроля позволяет органам управления своевременно принимать решения по корректировке своей деятельности ради достижения запланированных показателей. Основой для принятия таких решений являются результаты внешнего финансового контроля, с учетом выявленных финансовых и других нарушений или отклонений.

Однако, такой подход характеризует лишь одно из направлений деятельности контрольных органов при проведении государственного финансового контроля, которое связано с выявлением финансовых нарушений при использовании государственных средств, что недостаточно для оценки результатов реализации мероприятий с использованием государственных средств.

По мнению ученых, аудит как деятельность больше характеризует коммерческую, а не государственную деятельность и при этом исходят из положений Федерального закона от 30.12.2008 № 307-ФЗ «Об аудиторской деятельности» [331].

В работе А.Д. Шеремета [64, с. 21], указывается, что понятие аудит определено в основных концепциях аудита Американской ассоциации бухгалтеров (ААА): «Аудитом называется систематический процесс объективного сбора и оценки свидетельств об экономических действиях и событиях с целью определения степени соответствия этих учреждений установленным критериям и представление результатов проверки заинтересованным пользователям».

Продолжая, А.Д. Шеремет утверждает, что «...представленное определение содержит в себе ряд важнейших принципов, таких как объективность (независимость от влияния субъективных факторов), степень соответствия данных, представленных в отчетности и отражение интересов лиц, в интересах которых осуществляется проверка. Аудитор точно определяет, в какой мере проверенные факты соответствуют критериям и стандартам. В международной финансовой

отчетности такими критериями являются общепринятые принципы бухгалтерского учета».

Исходя из высказываний исследователей, можно сделать вывод, что понятие аудит включает в себя функции по осуществлению финансового контроля. Аудит проводится в интересах лица, которое является владельцем ресурсов. В случае аудита использования государственных ресурсов, таким лицом является общество, т.е. государственный аудит проводится в интересах общества и его результаты представляются на рассмотрение парламента страны.

Общество заинтересовано в получении информации с оценкой результативности использования общественных ресурсов и потому востребованным является мнение о том, что государственный аудит решает задачи по контролю над распределением и использованием государственных и общественных ресурсов. При этом в отчете о государственном аудите отражается мнение о достоверности финансовой (бухгалтерской) отчетности проверяемых лиц [185].

Но все-таки это еще не полная характеристика государственного аудита. Исследование задач, которые решаются контрольными органами при проведении государственного аудита, позволяет более детально определить роль государственного аудита в управлении делами государства. Эффективно работающий государственный аудит позволяет быть не только заградительным барьером от финансовых злоупотреблений и нарушений, но и является важным страховочным механизмом для сохранения общественного богатства и его преумножения. «Государственный аудит – это особая сфера деятельности, которая не сводится исключительно к проверке финансовой и бухгалтерской отчетности государственных структур. На его основе общество и политическое руководство страны получают объективную информацию о том, действительно ли управление общественными ресурсами осуществляется «бережливо, правильно и мудро», то есть, выражаясь современным языком, экономично, результативно и эффективно» [53].

Оценка эффективности и результативности принятия решений органами исполнительной власти, их реализация в сфере бюджетных отношений для обеспечения прозрачности движения государственных средств, а также ответственность и подотчетность получателей бюджетных средств являются

важнейшими задачами, решаемыми с помощью государственного аудита.

Практическое применение государственного аудита, описанное в научных исследованиях, свидетельствует о возможности и целесообразности использования инструментов государственного аудита не только на федеральном, но и на региональном уровне. Однако, в этом случае необходимо принимать во внимание ряд специфических условий при решении в субъектах Российской Федерации общегосударственных задач.

Результаты исследования показывают, что КСО субъектов Российской Федерации в соответствии с законодательством [8] в настоящее время сохраняют статус органа внешнего государственного финансового контроля, в отличие от Счетной палаты Российской Федерации, которая является высшим органом государственного аудита (контроля).

По мнению авторов, изучающих деятельность КСО, государственный аудит играет значительную роль в системе государственного управления, так как объединяет в себе разные направления, включая внешний финансовый контроль и контроль результатов, достигнутых в социально-экономической сфере развития государства.

Особенности осуществления государственного аудита в регионах России связаны с формированием целей и применением механизмов для решения задач эффективного достижения текущих и стратегических целей территориального развития [343].

«Комплексная оценка факторов федерального, окружного, регионального и муниципального развития как территориальных экономических комплексов (ТЭК), оказывающих влияние на проведение государственного аудита, возможна в условиях многокритериального подхода. Эти факторы следует классифицировать по четырём группам: экономические, технологические, политические, организационные» [343].

Вышеуказанное мнение подтверждает, что понятие государственный аудит означает более глубокое определение процессов и процедур, включающих в себя и государственный финансовый контроль, и анализ информации, необходимой для принятия управленческих решений по отношению к использованию государственных ресурсов. В рамках государственного аудита вырабатывается

комплексная оценка о результативности деятельности организаций, использующих государственные ресурсы. Отчет по итогам проведения государственного аудита основывается на изучении не только финансовых результатов деятельности организаций, использующих государственные ресурсы, но и оценке качества выполнения возложенных на них функций и исполнения решений, принятых для достижения утвержденных целевых показателей объектами контроля.

Учеными и специалистами в области аудита активно обсуждаются вопросы перехода от государственного финансового контроля к государственному аудиту, при этом особое внимание уделяется решению задач, стоящих перед государственным аудитом и направлениям его развития [112; 117; 147; 197; 286; 302].

Утверждается, что государственный аудит должен дать ответ на вопрос о влиянии формирования и исполнения бюджета на социально-экономическое развитие страны и насколько планируемая бюджетная политика отвечает интересам развития страны (края, области, региона) [60; 61; 150; 241].

Главное отличие в задачах между государственным финансовым контролем и государственным аудитом – это характер получаемых результатов. Оценка государственных проектов и программ основывается на выводах о целесообразности и эффективности управленческих решений, принятых для их реализации. Целевой и законный характер расходования бюджетных средств является дополнительным фактором оценки и обязательно учитывается при проведении государственного аудита [150].

Таким образом, государственный аудит следует рассматривать шире, чем систему финансового контроля, так как в государственном аудите есть функции, которые финансовый контроль не выполняет.

Результаты финансового контроля касаются в основном отчетности, законности и целевого использования бюджетных средств, а не результативности их использования, их общественной полезности, достижения целевых значений показателей, обуславливающих выделение финансовых ресурсов.

Федеральным законом от 05.04.2013 № 41-ФЗ к функциям Счетной палаты отнесены вопросы, связанные с «... осуществлением внешнего государственного финансового контроля в сфере бюджетных правоотношений ... проведением по

месту расположения объектов аудита (контроля) ревизий и тематических проверок ..., а также ряда других контрольных и экспертных функций» [6].

На КСО субъектов Российской Федерации возложены аналогичные функции, которые они выполняют с учетом особенностей принятого в регионах законодательства. В качестве объектов контроля там выступают органы исполнительной власти, а также другие организации, ответственные за целевое и эффективное использование средств бюджета субъекта РФ, управление и распоряжение имуществом, находящимся в государственной собственности.

Результаты настоящего исследования показывают, что основной задачей проведения государственного аудита является контроль деятельности органов власти и других организаций по управлению вверенными им государственными (общественными) ресурсами с целью достижения наилучших результатов социально-экономического развития страны (края, региона).

В качестве подтверждения этого вывода можно представить мнение С.В. Степашина о месте и значении государственного аудита в управлении национальными (общественными) ресурсами.

«Государственный аудит и государственный контроль являются необходимыми и взаимодополняющими элементами любой современной системы управления общественными ресурсами. При этом понятием «государственный аудит» описывается все, что относится к системе внешнего, независимого публичного контроля за деятельностью органов государства, а понятие «государственный контроль» используется для институтов и процедур, связанных с осуществлением внутреннего самоконтроля государства (прежде всего органов исполнительной власти).

Государственный аудит осуществляют специализированные государственные органы, на которые возложена внешняя проверка деятельности национальных правительств по управлению общественными финансами и другими публичными ресурсами (государственная собственность, природные, интеллектуальные ресурсы и пр.)» [313, с. 48].

Исходя из положений законодательства, можно утверждать, что государственный аудит – это профессиональный вид деятельности, результаты которого должны способствовать повышению эффективности и результативности

управления национальными ресурсами.

Контрольная и экспертно-аналитическая деятельность осуществляется в виде финансового аудита (контроля), аудита эффективности, стратегического аудита, иных видов аудита (контроля) в соответствии со стандартами внешнего государственного аудита (контроля), утверждаемыми Счетной палатой.

На основе результатов исследования предлагается следующая формулировка понятия государственного аудита для закрепления в федеральном законодательстве. *Государственный аудит – это деятельность, осуществляемая специализируемыми контрольными организациями, уполномоченными законодательно на проведение парламентского контроля и формирования независимой оценки качества управления и расходования государственных ресурсов, вверенных исполнительным органам государственной власти и другим, имеющим на это право, организациям.*

## **1.2 Эволюционные направления развития международных стандартов государственного аудита**

Разработка стандартов является одним из важнейших направлений в деятельности контрольно-счетных органов, так как при осуществлении государственного аудита, уровень используемых стандартов сказывается на качестве результатов контрольных и экспертно-аналитических мероприятий.

Научные и публицистические исследования показывают, что стандарт устанавливает определенный комплекс правил, норм, требований к обозначенному виду деятельности и утверждается компетентным органом [79; 122; 162; 170; 171].

Используются разные категории и уровни стандартизации: международные, межгосударственные и национальные. Кроме того, в зависимости от уровня полномочий и компетенций, принимаются и внедряются отраслевые стандарты и стандарты организаций (предприятий).

В основу стандартов контрольно-счетных органов положены международные стандарты ИНТОСАИ.

Международная организация высших органов финансового контроля/аудита (ИНТОСАИ/INTOSAI) образована в 1953 году и объединяет высшие органы финансового контроля/аудита стран-членов ООН. В настоящее время в нее входит около 200 национальных организаций ВОФК (ВОА). Счетная палата Российской Федерации является членом ИНТОСАИ с 1995 года.

Практически во всех государствах мира существуют высшие органы финансового контроля (ВОФК) или высшие органы аудита (ВОА), которые призваны обеспечивать контроль и оценку эффективности использования государственных ресурсов.

В некоторых странах высшие органы финансового контроля имеют многовековые традиции, их работа постоянно совершенствуется в соответствии с требованием времени и развитием общественных отношений.

В период с 1965 по 1990 гг. образовано 7 международных региональных организаций, роль которых состоит в содействии достижения целей ИНТОСАИ в государствах, которые представлены в ИНТОСАИ и в создании условий для профессионального и специализированного сотрудничества на региональной основе.

Основными органами ИНТОСАИ являются: Конгресс (Высший орган ИНТОСАИ), Управляющий совет, Генеральный секретариат, целевые комитеты ИНТОСАИ и наблюдательный комитет по возникающим проблемам (SCEI). В структуру ИНТОСАИ также входят комитеты, рабочие группы и специальные группы.

Комитеты занимаются вопросами, находящимися в сфере интересов всех членов ИНТОСАИ, такими как разработка стандартов и руководств для практического применения основных положений и принципов государственного аудита.

Рабочие группы формируются по результатам тематических дискуссий и рекомендаций, принятых Конгрессом ИНТОСАИ, и призваны представлять интересы ВОФК (ВОА) в определенных областях аудита (например, экологический контроль). Деятельность рабочих групп способствует созданию и публикации современных, профильных руководств и рекомендаций по осуществлению контрольных мероприятий.

В дополнение к действующим комитетам и рабочим группам, в случае необходимости, по решению Конгресса или Управляющего совета могут быть созданы специальные группы для решения текущих задач, актуальных для многих ВОФК (ВОА). Специальные группы работают в ограниченный период времени и упраздняются после решения поставленных задач.

ИНТОСАИ регулярно принимаются стратегические многолетние планы, реализация которых направлена на решение задач, стоящих как перед отдельными странами, так и перед международным сообществом.

Одной из главных целей ИНТОСАИ является создание профессиональных, эффективных и современных стандартов, которые служат основой осуществления деятельности национальных ВОФК/ВОА.

В стратегическом плане ИНТОСАИ, утвержденном на 2017-2022 гг., работа по разработке и созданию эффективных и профессиональных международных стандартов ВОА (ИССАИ) указывается в качестве основной цели, к достижению которой должна стремиться организация.

В число основных задач ИНТОСАИ входит:

- обеспечение поддержки всех ВОА по разработке стандартов, путем представления их на форумах, создания постоянно действующего органа, служб технической поддержки и независимой консультационной службы;
- обеспечение достаточной ясности, адекватности и обоснованности внедрения стандартов, так чтобы члены ИНТОСАИ предпочитали применение стандартов ИССАИ всем другим стандартам, чтобы стандарты ИССАИ являлись основой для аудита государственного сектора;
- обеспечение широкого использования ИССАИ, как источника разработки программ обучения и сертификации аудиторов, их профессиональной подготовки;
- обеспечение постоянного развития Системы профессиональных документов ИНТОСАИ (IFPP);
- обеспечение внедрения стандартов и умение решать любые вопросы и проблемы, возникающие в процессе разработки стандартов в целях повышения их значимости и пользы для ВОА.

Международные стандарты (ISSAI/ИССАИ), которые рекомендуется использовать ВОФК (ВОА), включают в себя основные требования к надлежащему



функционированию ВОФК (ВОА) и основополагающие принципы государственного аудита [41].

Международные стандарты Высших органов аудита (ИССАИ) распределены по четырем основным уровням:

1. Основные принципы.
2. Условия работы ВОФК (ВОА).
3. Основные принципы контроля.
4. Руководящие принципы аудита.

Кроме того, существует свод рекомендаций и стандартов, касающихся управления ВОФК (ВОА).

Первый уровень (ИССАИ 1) включает в себя Лимскую декларацию руководящих принципов контроля (далее – Декларация), которая была принята на IX Конгрессе Международной организации высших органов финансового контроля (INTOSAI) в Лиме (Перу) в октябре 1977 года и стала основой для стандартизации деятельности ВОФК (ВОА) [40].

В Декларации содержится призыв к созданию в каждой стране независимого государственного аудита и признано, что Высший орган финансового контроля, который не может выполнить это требование, не соответствует стандарту.

Второй уровень (ИССАИ 10-40) содержит такие документы, как рекомендации ИНТОСАИ и лучшие практики, связанные с независимостью ВОА, принципы прозрачности и подотчетности, свод этических правил и прочие рекомендации и стандарты общего назначения.

Третий уровень (ИССАИ 100-400) касается документов, в которых отражены основополагающие принципы аудита государственного сектора, финансового аудита, аудита эффективности и аудита соответствия [214].

Уровень стандартов «Руководящие принципы аудита» (четвертый уровень) разделен на две части: «Общие принципы аудита» (от ИССАИ 1000 до ИССАИ 4999) и «Специальные (рабочие) руководящие принципы аудита» (от ИССАИ 5000 до ИССАИ 5699).

Базовые принципы и понятия, заложенные в стандартах второго уровня, обеспечивают формирование условий, в которых осуществляют свою деятельность аудиторы ВОА при подготовке и проведению аудиторских (контрольных)

мероприятий, а также в ходе подготовки заключений и отчетов об их проведении (система контроля качества аудита, этические правила поведения аудиторов и т.д.) [127].

Основополагающие принципы аудита государственного сектора формируют ядро стандартов четвертого уровня и могут быть использованы по усмотрению ВОА. При этом национальное законодательство и нормативные правовые акты являются приоритетными по сравнению с положениями международных стандартов. ВОА могут проводить аудиторские проверки и исследования на основе собственных принципов, не регламентированных действующими стандартами ИССАИ.

Все виды международных стандартов в области государственного финансового контроля (аудита) можно структурировать по уровням (УР), как это представлено в таблице 1.

Таблица 1 - Структура международных стандартов ВОА

УР	Стандарт	Цель стандарта
1	2	3
1	ИССАИ 1: Лимская декларация	Руководящие принципы проведения аудита, которые должны быть реализованы в каждой стране
2	ИССАИ 10: Мексиканская декларация о независимости ВОА	Представление основных принципов независимости ВОА как важнейшего требования для надлежащего аудита государственного сектора
	ИССАИ 11: Рекомендации ИНТОСАИ и лучшие практики, связанные с независимостью ВОА	Руководство служит источником передовой практики для обмена средствами повышения и улучшения независимости ВОА
	ИССАИ 20: Принципы прозрачности и подотчетности	Представление принципов прозрачности и подотчетности в ВОА, чтобы помочь им в их собственном управлении и практики
	ИССАИ 30: Свод этических правил	Этический кодекс представляет собой всеобъемлющее изложение ценностей и принципов, которыми следует руководствоваться в повседневной работе аудиторов
	ИССАИ 40: Система контроля качества	Руководство в помощь ВОА по созданию и поддержке системы контроля качества, которая соответствует их мандату и обстоятельствам
3	ИССАИ 100: Основополагающие принципы аудита государственного сектора	Устанавливает важные связи с целями и институциональным правилом уровня 1 и уровня 2, определяет общие элементы аудита государственного сектора и обеспечивает процедурные принципы аудита на уровне взаимодействия, тем самым способствуя согласованности структуры ИССАИ в целом.
3	ИССАИ 200: Основные принципы финансового аудита	Представлен обзор характера, элементов и принципов аудита финансовой отчетности, проводимого ВОА. Принципы используются в качестве основы для принятия или разработки более подробных стандартов для аудитов, которые будут регулироваться в национальных стандартах и могут использоваться в качестве ссылки на ИССАИ 1000-1999.

Продолжение таблицы 1

1	2	3
3	ИССАИ 300: Основные принципы аудита эффективности	Обеспечивает основу, общие принципы и обзор характера и элементов аудита эффективности. Может использоваться в качестве основы для принятия руководящих принципов аудита эффективности и разработки национальных стандартов
	ИССАИ 400: Основополагающие принципы аудита соответствия	Представлен обзор характера, элементов и принципов аудита соответствия, проводимого ВОА
4	<b>Общие принципы аудита</b>	
	<i>ИССАИ 1000-2999: Общие руководящие принципы аудита по финансовому аудиту</i>	
	ИССАИ 1003: Глоссарий терминов к руководящим принципам финансового аудита	В глоссарии разъясняются термины для руководства по финансовому аудиту INTOSAI, а также термины из IFAС-справочника международных стандартов аудита и контроля качества
	ИССАИ 1230: Аудиторская документация	В документе содержатся дополнительные указания по применению МСА 230 – аудиторская документация
	ИССАИ 1250: Анализ законов и нормативных актов при аудите финансовой отчетности	Документ содержит дополнительные указания по применению МСА 250
	ИССАИ 1500: Аудиторские доказательства	Документ содержит дополнительные указания по применению МСА 500
	<i>ИССАИ 3000-3999: Общие руководящие принципы аудита эффективности</i>	
	ИССАИ 3000: Стандарты и рекомендации по аудиту эффективности на основе стандартов аудита INTOSAI и практического опыта	Руководство для аудиторов ВОА по управлению и проведению аудита эффективности, основы для надлежащей практики аудита эффективности и дальнейшего развития методологии аудита эффективности и профессионального развития
	ИССАИ 3100: Руководство по аудиту эффективности: ключевые принципы	Изложение принципов, определяющих высокое качество работы в аудите производительности
	<i>ИССАИ 4000-4999: Общие рекомендации по аудиту соответствия требованиям</i>	
	ИССАИ 4000: Руководство по аудиту соответствия, общее введение	Руководство для аудиторов ВОА по применению стандартов аудита ИНТОСАИ, в частности в их работе по представлению отчетности о соответствии требованиям
	ИССАИ 4100: Руководство по аудиту соответствия, для аудитов, проводимых отдельно от аудита финансовой отчетности	Изложены аспекты аудита соответствия в государственном секторе, которые во многих странах подчиняются различным мандатам и целям
	ИССАИ 4200: Руководящие принципы аудита соответствия, аудит соответствия, связанный с аудитом финансовой отчетности	Директивы касаются ситуаций, когда аудит проводится вместе с аудитом финансовой отчетности, дополняют руководящие принципы финансового аудита (ИССАИ1000-2999)
4	<b>Специальные (рабочие) руководящие принципы аудита</b>	
	<i>ИССАИ 5000-5099: Руководство по международным учреждениям</i>	
	ИССАИ 5000: Принципы наилучших механизмов аудита для международных организаций	Руководство призвано повысить подотчетность в международных учреждениях в целях соблюдения стандартов и эффективного управления
	<i>ИССАИ 5100-5199: Руководство по экологическому аудиту</i>	
	<i>ИССАИ 5200-5299: Руководящие принципы приватизации</i>	

Продолжение таблицы 1

1	2	3
4	ИССАИ 5210: Руководство по передовой практике аудита приватизации	Руководство представляет собой набор рекомендаций по передовой практике аудита приватизации, проводимого в восьми областях, представляющих особый интерес для членов INTOSAI
	<i>ИССАИ 5300-5399: Методические рекомендации по IT-аудиту</i>	
	ИССАИ 5310: Методология обзора безопасности информационных систем	Документ представляет собой руководство по обзору безопасности информационных систем (ИСС) в государственных организациях
	<i>ИССАИ 5400-5499: Руководящие указания по аудиту государственного долга</i>	
	ИССАИ 5410: Руководство по планированию и проведению аудита внутреннего контроля государственного долга	Излагает принципы, которые ВОА должны использовать в целях поощрения рационального управления и надлежащего представления отчетности о государственном долге
	<i>ИССАИ 5500-5599: Руководящие принципы ревизии помощи, связанной со стихийными бедствиями</i>	
	ИССАИ 5510: Аудит деятельности по уменьшению опасности стихийных бедствий	Руководство направлено на оказании помощи ВОА при проведении правительствами ревизии деятельности по уменьшению опасности стихийных бедствий
	<i>ИССАИ 5600-5699: Руководящие принципы проведения экспертных обзоров</i>	
	ИССАИ 5600: Руководство по экспертной оценке	Основное внимание уделено рекомендациям, которые могут быть использованы ВОА при планировании и подготовке общих экспертных обзоров
<b>Руководство ИНТОСАИ по эффективному управлению (INTOSAI GOV)</b>		
А	<i>INTOSAI GOV 9100-9199: Внутренний контроль</i>	
	INTOSAI GOV 9100: Руководство по стандартам внутреннего контроля для ГС	Руководящие принципы ИНТОСАИ по стандартам внутреннего контроля
	INTOSAI GOV 9120: Внутренний контроль	Документ по организации внутреннего контроля для руководителей государственных организаций
	INTOSAI GOV 9140: Независимость внутреннего аудита в ГС	Руководство по решению проблем, связанных с независимостью и объективностью, включая положения о достижении независимости
Б	<i>INTOSAI GOV 9200-9299: Стандарты бухгалтерского учета</i>	
	INTOSAI GOV 9200: Важность независимого процесса установления стандартов	Инструкции о важности высококачественных стандартов, которые обеспечивают релевантную, надежную, нейтральную, последовательную и сопоставимую финансовую отчетность, удовлетворяющую потребности пользователей
	INTOSAI GOV 9250: Комплексная система финансовой отчетности (IFAF)	Изложение комплексной системы финансовой отчетности (IFAF), в рамках которой поставщики и получатели гуманитарной помощи сообщают о финансовых и натуральных трансфертах помощи в стандартизированных таблицах
Примечания		
1 В настоящей таблице представлен выборочный перечень и описание стандартов		
2 ГС – Государственный сектор		

Источник: составлено автором по материалам [41].

Наличие международных стандартов ИССАИ способствует формированию собственных стандартов ВОА, которые должны учитывать конституционные, правовые и другие аспекты, влияющие на деятельность Высшего органа аудита в государстве.

ВОА могут использовать стандарты ИССАИ как основу для разработки собственных стандартов, принятия национальных стандартов или для формирования общих руководящих принципов аудита в государстве [51; 104; 221].

Основополагающие принципы аудита государственного сектора (ИССАИ 100) выделяют три вида аудита.

Финансовый аудит (ИССАИ 200), главной целью которого является выявление соответствия финансовой информации, полученной на объекте аудита, требованиям установленным системой финансовой отчетности. Аудитор в ходе проверки обязан составить мнение об отсутствии (наличии) в финансовой информации существенных искажений по причине мошенничества или ошибок на основе достаточных аудиторских доказательств, собранных надлежащим образом.

Аудит эффективности (ИССАИ 300) проводится с целью определения соответствия принципам экономности, продуктивности и результативности деятельности объектов аудита и реализации ими проектов и программ, с использованием соответствующих критериев оценки, в результате чего аудиторы получают ответы на ключевые вопросы проверки и представляют рекомендации по совершенствованию деятельности проверяемых объектов.

Аудит соответствия (ИССАИ 400), основной целью которого является установление соответствия конкретного предмета рассмотрения действующим властным полномочиям, определенным в качестве критериев. Аудит осуществляется посредством оценки соответствия деятельности, финансовых операций и пр. властным полномочиям, имеющимся в распоряжении проверяемой организации.

Во всех аудитах государственного сектора участвует, как минимум, три стороны, а именно: аудитор, проверяемая организация (ответственная сторона) и потребитель (заказчик) результатов аудита. Взаимоотношения между сторонами описываются в отдельных законодательных актах.

Роль аудитора исполняет глава ВОА и лица, которым он делегирует свои права. Ответственность за проведение аудиторской проверки определяется полномочиями ВОА.

В качестве проверяемой организации или ответственной стороны выступают организации или физические лица, которые отвечают за информацию об объекте проверки и/или управление им.

Потребителем результатов аудита могут быть законодательные или надзорные органы, физические лица, организации и др., для которых аудитор готовит отчет о результатах проверки.

Основные принципы аудита государственного сектора (ИССАИ 100) включают в себя разделы, касающиеся организационных требований, этики и независимости, профессионализма в суждениях аудиторов, контроля качества, управления командой аудиторов и их навыками, аудиторского риска, документации, контактов и пр.

Международные стандарты, объединенные на четвертом уровне (ИССАИ 1000- 5699), разрабатываются в качестве конкретных рекомендаций для использования ВОА при проведении аудиторских проверок или формирования собственных стандартов на заданную тему.

Например, ИССАИ 1200 «Общие задачи независимого аудитора и проведение аудита в соответствии с международными стандартами аудита (МСА)» определяет общие обязанности аудитора при проведении финансового аудита в соответствии с МСА. В частности, в стандарте устанавливаются общие цели аудита, разъясняется характер и объем аудита, которые позволяют независимому аудитору достичь поставленных целей. В стандарте описаны сфера охвата проверки, полномочия и структура МСА.

Международный стандарт ИССАИ 1700 «Формирование заключения и подготовка отчета по финансовой отчетности» касается аудиторской деятельности в части формирования мнения о финансовой отчетности объекта аудита, а также формы и содержания аудиторского заключения, выданного по результатам аудита.

Таким образом, база международных стандартов ИССАИ позволяет ВОА использовать в своей работе опыт и рекомендации международного сообщества, объединенного в ИНТОСАИ.

Внешний государственный аудит (контроль) осуществляется в соответствии со стандартами, разрабатываемыми и утверждаемыми Счетной палатой в соответствии с установленным порядком.

Кроме того, Счетная палата утверждает стандарты, касающиеся непосредственно деятельности самой организации и ее сотрудников, а именно, характеристики, правила и процедуры планирования, организации и осуществления экспертно-аналитической и контрольной (аудиторской) деятельности.

Таким образом, в Российской Федерации на законодательном уровне определено наличие двух видов стандартов: стандарты внешнего государственного аудита (СГА) и стандарты, касающиеся организации деятельности Счетной палаты.

### **1.3 Анализ российского федерального и регионального опыта развития стандартизации государственного аудита**

Стандарты СГА, утвержденные Счетной палатой в период с 2013 года по настоящее время, можно разделить на три основные группы:

- стандарты, касающиеся общих правил проведения контрольных и экспертно-аналитических мероприятий, контроля их результатов и управления качеством их проведения (СГА 101 – СГА 107);
- стандарты, касающиеся предварительного контроля формирования и последующего контроля исполнения федерального бюджета и бюджетов государственных внебюджетных фондов (СГА 201 – СГА 206);
- стандарты, касающиеся специальных контрольных и экспертно-аналитических мероприятий (СГА 302 – СГА 311).

В каждом из утвержденных стандартов присутствуют ссылки на международные стандарты ИНТОСАИ.

На Счетную палату возложена также функция разработки и утверждения общих требований (структура, содержание, порядок разработки и утверждения) к стандартам внешнего государственного и муниципального аудита (контроля) для проведения контрольных и экспертно-аналитических мероприятий КСО субъектов Российской Федерации и муниципальных образований.

При этом в обязательном порядке должны учитываться международные стандарты в области государственного финансового контроля, аудита и финансовой

отчетности.

Анализ стандартов, принятых контрольно-счетными органами (КСО) субъектов Российской Федерации в последние годы свидетельствует о наличии шагов по их совершенствованию с учетом полномочий КСО.

В связи с принятием в 2011 году нового федерального закона [8], определяющего общие принципы организации и деятельности КСО субъектов Российской Федерации и муниципальных образований в регионах внесены изменения в действующие и/или утверждены новые законы и стандарты внешнего государственного финансового контроля (СВГ ФК), касающиеся функционирования контрольно-счетных органов.

Контрольно-счетной палатой Москвы, например, внесены изменения в ряд стандартов, касающихся методического обеспечения деятельности и планирования контрольной и экспертно-аналитической деятельности.

Утверждены новые стандарты, определяющие общие требования, характеристики, правила и процедуры в отношении системы управления качеством контрольных и экспертно-аналитических мероприятий, проведения аудита эффективности и др.

К числу вновь утвержденных стандартов КСП Санкт-Петербурга можно отнести СВГ ФК по аудиту эффективности, аудиту в сфере закупок товаров, работ, услуг, осуществляемых объектами аудита (контроля), порядку проведения совместных и параллельных контрольных и экспертно-аналитических мероприятий.

Особое внимание заслуживает стандартизация проведения совместных и параллельных контрольных и экспертно-аналитических мероприятий.

В основу данного стандарта положена регламентация процедуры организации взаимодействия КСО Санкт-Петербурга со Счетной палатой Российской Федерации, с КСО субъектов Российской Федерации и муниципальных образований при проведении аудита, контроля, надзора и мониторинга в финансово-бюджетной сфере.

Даны определения совместным и параллельным мероприятиям. Согласно стандарту, совместные мероприятия определяются как форма организации мероприятий, проводимых сторонами по взаимному соглашению на двусторонней или многосторонней основе по согласованной теме, в согласованные сроки, единой



программе проведения мероприятия, с последующим составлением совместного итогового документа.

При организации параллельного мероприятия стороны проводят мероприятия по отдельным программам в согласованные сроки, с последующим обменом и использованием информации о результатах проведенных мероприятий.

Аналогичные стандарты приняты КСО и других субъектов Российской Федерации, например, Счетной палатой Республики Татарстан, Счетной палатой Свердловской области и некоторыми другими.

Анализ стандартизации деятельности Счетной палаты Российской Федерации и КСО субъектов Российской Федерации показывает, что при разработке стандартов в обязательном порядке учитываются международные стандарты в области государственного финансового контроля, аудита и финансовой отчетности. При этом соблюдаются национальные интересы и особенности законодательства и нормативного правового обеспечения, принятого в Российской Федерации.

В Российской Федерации действует иерархическая система принятия стандартов, однако, до настоящего времени в Федеральный закон от 07.02.2011 № 6-ФЗ «Об общих принципах организации и деятельности контрольно-счетных органов субъектов Российской Федерации и муниципальных образований» [8] не внесены изменения, касающиеся перехода КСО субъектов Российской Федерации от внешнего государственного финансового контроля к внешнему государственному аудиту.

Данная ситуация создает определенную некорректность использования понятий и формулировок при разработке и утверждении стандартов на региональном уровне КСО, которые должны соответствовать структуре и содержанию, изложенными в стандартах Счетной палаты Российской Федерации [113; 136; 151; 155; 175; 177].

## **Выводы к главе 1**

1. Установлено, что понятие государственный аудит не имеет прямого законодательного утверждения и используется как косвенное понятие

определяющее функциональные полномочия Счетной палаты Российской Федерации на проведение парламентского контроля с целью обеспечения конституционного права граждан Российской Федерации на участие в управлении делами государства.

Предложена авторская формулировка понятия государственный аудит. Государственный аудит – это деятельность, осуществляемая специализируемыми контрольными организациями, уполномоченными законодательно на проведение парламентского контроля и формирования независимой оценки качества управления и расходования государственных ресурсов, вверенных исполнительным органам государственной власти и другим, имеющим на это право, организациям

2. Выявлено, что КСО субъектов Российской Федерации, выполняя функции, аналогичные функциям Счетной палаты Российской Федерации в масштабах субъекта Российской Федерации, по-прежнему определены как органы внешнего государственного (муниципального) финансового контроля, а не государственного аудита, что нарушает системообразующий иерархический порядок применения стандартов, касающихся проведения внешнего государственного аудита в Российской Федерации. Внесение соответствующих корректировок в законодательный акт обеспечит методологическое равновесие деятельности контрольно-счетных органов разного уровня и полномочий.

## Глава 2 Аудит эффективности как составная часть государственного аудита

В Лимской декларации руководящих принципов контроля определен вид контроля, который направлен на проверку того, насколько эффективно и экономно расходуются государственные средства, и который включает не только специфические аспекты управления, но и всю управленческую деятельность, в том числе организационную и административную системы.

В 60-х годах 20-го века данный вид контроля получил название – *аудит эффективности* использования государственных ресурсов, как вид внешнего государственного финансового контроля.

Результаты исследования позволяют утверждать, что аудит эффективности является составной частью государственного аудита и применяется для проведения контрольных мероприятий в различных сферах деятельности исполнительных органов государственной власти, использующих бюджетные средства, средства государственных внебюджетных фондов и другие государственные ресурсы [52; 88; 130; 148; 156; 159; 174].

В соответствии с декларациями, принятыми в Лиме [40], а также на основании отчетов и докладов, одобренных на конгрессах ИНТОСАИ, были разработаны международные стандарты (ИССАИ), которые касаются основных принципов проведения ВОФК/ВОА аудита эффективности.

Основным документом, на который ориентируются ВОФК (ВОА) при разработке национальных стандартов в области аудита эффективности, является стандарт ИССАИ 300 «Основопологающие принципы аудита эффективности» (*Fundamental Principles of Performance Auditing*). Он основывается на положениях, изложенных в стандарте ИССАИ 100 «Основопологающие принципы аудита в государственном секторе» (*Fundamental Principles of Public-Sector Auditing*) и учитывает специфику его применения в части проведении аудита эффективности.

Стандартом ИССАИ 300 определены общие положения методологии аудита эффективности и взаимосвязь с другими стандартами ИССАИ. В нем представлены основные этапы проведения аудита эффективности и общие принципы аудита

эффективности, которых должны придерживаться аудиторы при проведении контрольного мероприятия [42].

В настоящее время практическое применение методологии аудита эффективности основано на использовании стандартов, одобренных в 2016 году: ИССАИ 3000 «Практическое руководство по аудиту эффективности» (ISSAI 3000 – *Standards for performance auditing*), ИССАИ 3100 «Руководство по проведению аудита эффективности – основные принципы» (ISSAI 3100 – *Guidelines on Central Concepts for Performance Auditing*) и ИССАИ 3200 «Руководство по выполнению аудиторского процесса» (ISSAI 3200 – *Guidelines for the performance auditing process*)

ИНТОСАИ признает, что полномочия ВОФК/ВОА, так же, как и условия работы контрольных органов в разных странах отличаются. В связи с имеющимися различиями, не все стандарты ИССАИ и руководства по их применению могут с одинаковым успехом использоваться в работе ВОФК/ВОА. Поэтому ВОФК/ВОА имеют возможность разрабатывать свои национальные стандарты, в основе которых лежат основополагающие принципы аудита эффективности, принятые ИНТОСАИ.

## **2.1 Характерные особенности методологии аудита эффективности**

Повышение экономического потенциала общества требует использования адекватных и независимых оценок реализации мероприятий, направленных на стимулирование экономического роста в государстве.

Применение методологии аудита эффективности во всех сферах, где задействованы значительные объемы государственных и общественных ресурсов, позволяет высшим органам финансового контроля (аудита) получить результаты, которые могут способствовать принятию мер по повышению результативности и эффективности управления государственными и общественными ресурсами. В странах, в которых сформировались и реализуются общепринятые нормы подготовки проекта бюджета, ориентированного на результат, и его исполнения, используются международные стандарты финансовой отчетности и аудита, растет степень прозрачности и публичности бюджетного процесса, что в свою очередь

способствует предупреждению злоупотреблений и нарушений при расходовании бюджетных средств.

Проведение аудита эффективности сопряжено с исследованием и обработкой значительного массива данных о результатах деятельности объекта проверки, достижения им поставленных целей и задач, сведений о качестве предоставляемых государственных и муниципальных услуг.

Объектом аудита эффективности является деятельность организаций, как получателя и пользователя бюджетных средств, а предметом - программы или социально-экономические значимые мероприятия, для реализации которых используются государственные ресурсы, в том числе средства федерального бюджета, средства бюджета субъектов Российской Федерации, средства внебюджетных государственных фондов.

Опыт зарубежных стран свидетельствует, что аудит эффективности становится реальным инструментом только тогда, когда система бюджетирования, ориентированного на результат (далее – БОР), уже действует, а в законе о бюджете представлены программы с заданными результатами использования бюджетных средств.

Исследование международного опыта применения аудита эффективности показывает, что методики проведения аудита эффективности во многом совпадают с положениями общепринятых международных стандартов и практические рекомендации по его проведению адаптируются к каждому конкретному случаю [73; 74; 157; 161; 199; 202; 214; 226].

Аудит эффективности, проводимый ВОФК/ВОА, является независимой, объективной и достоверной проверкой реализации проектов, программ или отдельных мероприятий с использованием государственных ресурсов, исходя из принципов экономичности, продуктивности и результативности.

Вышеуказанные принципы аудита эффективности имеют следующие определения:

- экономичность (economy) использования ресурсов – приобретение ресурсов в достаточном количестве и нужного качества при минимальных затратах (минимизация ресурсозатрат);

- продуктивность (efficiency) использования ресурсов – достижение максимально возможной отдачи от имеющихся в наличии ресурсов для каждого вида деятельности (производительность использования ресурсов);

- результативность (effectiveness) – отношение фактически достигнутых результатов к запланированным, т.е. оценка степени достижения запланированных целей и результатов [42].

Аудит эффективности включает в себя анализ исполнения условий, необходимых для соблюдения принципов экономичности, продуктивности и результативности. Эти условия включают оценку практического применения процедур надлежащего управления государственными средствами для обеспечения своевременного и качественного предоставления услуг. При необходимости во внимание принимается степень влияния нормативной правовой базы и сложившейся организационной структуры, на эффективность деятельности объекта аудита.

В стандарте об основополагающих принципах аудита эффективности прописано, что главной целью результатов аудита эффективности является обеспечение экономичного, продуктивного и результативного управления ресурсами.

В зарубежных странах применяется различная терминология при определении целей и задач, решаемых с помощью методологии аудита эффективности использования государственных средств. В основе методологии лежит оценка деятельности органов государственной власти, ориентированная на результаты использования бюджетных средств или на определение степени достижения запланированных целей, или на оценку соответствия затраченных средств и полученного результата. В любом случае рассматривается полезность результата для общества.

#### *Цели аудита*

В основных положениях стандартов аудиторам рекомендуется ставить перед собой четкую цель проведения аудита. Целью может быть простой анализ и описание состояния объектов проверки. Однако, по мнению специалистов, нормативные цели аудита (все ли так, как должно быть?) и аналитические цели аудита (почему все не так, как должно быть?), могут привести к значительно большей результативности контрольных мероприятий. В любом случае аудиторам

рекомендуется учитывать, какие цели преследуются при проведении аудита, какие организации и органы могут быть объектами проверки и кому будут направлены итоговые рекомендации.

Цель аудита может быть представлена в качестве главного вопроса, который, в свою очередь, может быть разделен на уточняющие подвопросы (подцели). Формулировки следует выбирать, так чтобы подвопросы были связаны между собой тематически, дополняли, а не дублировали друг друга и в совокупности были бы исчерпывающими при ответе на главный вопрос аудита. Все условия, поставленные в главном вопросе, должны быть четко обозначены.

Формулировка вопросов (подвопросов) аудита - это непрерывный и циклический процесс, во время которого вопросы (подвопросы) периодически конкретизируются и дорабатываются с учетом полученной информации о предмете аудита, а также исходя из решения о целесообразности более глубокого изучения предмета аудита.

Стандарты аудита эффективности допускают возможность вместо определения одной цели или одного главного вопроса аудита, определить несколько целей аудита, которые не надо будет разбивать на подцели (подвопросы).

#### *Основные подходы к проведению аудита*

Кроме рекомендаций по вариантам выбора цели в стандартах ИССАИ определяются направления аудиторских подходов, которые являются основным элементом, характеризующим контрольное мероприятие.

При аудите эффективности, как правило, используется один из трех подходов:

- подход, ориентированный на результат - оценивает, достигнуты ли целевые показатели и результаты, предусмотренные программой (проектом) или функционируют ли объекты проверки в соответствии с ожиданиями. Аудит, ориентированный на результат, рассматривает главным образом проблемы, которые можно сформулировать таким образом: «В чем заключается результативность, какие результаты были достигнуты, соблюдены ли в процессе достижения результата соответствующие требования?»;

- подход, ориентированный на проблему - проверяет, анализирует и подтверждает причины возникновения конкретных проблем или отклонений от заданных критериев. Аудит ориентированный на проблему, имеет дело главным

образом с констатацией уже существующих проблем и их анализом, обычно без ссылки на какие-либо заранее установленные критерии аудита. При данном подходе недостатки и проблемы (или, по крайней мере, признаки таких проблем) представляют собой не заключительный этап, а начальную точку аудита. Основная задача аудита заключается в подтверждении существования установленных проблем и анализе их причин с различных точек зрения (т.е. проблем, относящихся к экономичности, продуктивности и результативности каких-либо государственных проектов либо программ). Аудит, ориентированный на проблему, рассматривает вопросы, которые можно сформулировать, таким образом: «Действительно ли существуют установленные проблемы, и если да, то каковы их причины?». Формулируются и тестируются гипотезы о возможных причинах существующих проблем и их последствиях. Рассмотрение проблем в этом контексте может быть, как аналитическим, так и инструментальным. Общая цель заключается в подготовке достоверной и актуальной информации о существующих проблемах и способах их устранения;

- подход, ориентированный на систему - исследует надлежащее функционирование систем управления, например, систему финансового управления.

Таким образом, оценка при разных подходах к аудиту эффективности может производиться на основе измерения отклонений от норм или критериев, или же на основе аналитического исследования, т.е. путем анализа конкретных причин тех или иных проблем.

Подход к аудиту эффективности, ориентированного на проблемы, представляет собой независимый анализ, тогда как подход, ориентированный на результат, характеризуется главным образом беспристрастной оценкой степени соблюдения установленных норм или критериев, где достоверность установленных фактов подтверждается соответствующим анализом.

Аудит эффективности может проводиться по одному из двух направлений. Первое направление: сверху – вниз или «от общего – к частному», когда внимание акцентируется на требованиях, намерениях, целях и ожиданиях законодательных, исполнительных или регулирующих органов. Второе направление: снизу – вверх «от частного – к общему», когда внимание аудиторов концентрируется на влиянии



результатов исследуемой деятельности, процессов или системы на проверяемую организацию и различные слои общества, т.е. деятельность аудиторов фокусируется на проблемах, беспокоящих людей и общество.

В данном случае не ставятся под сомнение намерения и решения законодательных органов власти, а рассматриваются результаты влияния возможных недостатков в законах и нормативных правовых актах на реализацию этих намерений. Проведение проверок дает законодательным органам власти объективную оценку продуктивности и результативности выполнения поставленных задач, а также способствует совершенствованию способов использования средств для достижения целей в рамках проводимой государственной политики [42].

#### *Критерии оценки*

Важнейшим этапом подготовки проведения аудита эффективности является выбор критериев оценки. Критерий оценки – это своеобразный эталон (стандарт), с которым проводится сравнение результатов проверки и оценивается эффективность деятельности по направлениям: экономичность, продуктивность и результативность операций.

Критерии представляют собой базовую основу для формирования оценки доказательств, результатов аудита и составления заключений в соответствии с целями аудита. Они также являются важнейшей темой при обсуждении контрольного мероприятия внутри группы аудиторов или с руководством ВОФК/ВОА, а также при общении с объектами аудита во время подготовки и в процессе проведения аудита эффективности.

Различают два вида критериев оценки - качественные и количественные. Для определения критериев могут использоваться различные источники, в том числе научно-методические разработки и аналитические системы оценки деятельности организаций. При этом должна быть обеспечена прозрачность и доступность источников информации, которые были использованы аудиторами при формировании критериев оценки. Критерии должны соответствовать вопросам аудита, быть понятными для пользователей, полными, надежными и объективными в контексте предмета и целей аудита.

Методологией аудита эффективности предусматривается возможность использования критериев и индикаторов эффективности, которые могут быть установлены с учетом экспертного мнения аудиторов и привлеченных специалистов.

Стандарты ИССАИ рекомендуют аудиторам перед проведением контрольного мероприятия обсуждать выбор критериев с объектами аудита, но окончательный выбор подходящих критериев делает аудитор. Обсуждение и определение критериев на этапе планирования повышает надежность и приемлемость для объекта проверки результатов аудита, но иногда выбор отдельных критериев оценки целесообразно проводить в процессе проведения аудита и согласовывать с аудируемой стороной.

Выбор критериев оценки зависит от цели аудита и исследуемых вопросов. От надежности и объективности критериев зависит объективность результатов и сделанных на их основе выводов.

#### *Аудиторские риски*

Методология аудита эффективности, в соответствии со стандартами ИССАИ, предусматривает на этапе планирования рассмотрение возможных аудиторских рисков, которые представляют собой формирование неверных или неполных заключений, а также заключений, не представляющих ценности для пользователя.

Многие темы аудита эффективности являются неудобными с точки зрения политической ситуации в стране. Если их избегать, то можно уменьшить риск неточности и/или неполноты, но при этом может быть утеряна или ограничена ценность (польза) результатов аудита.

Существует также риск того, что результаты аудита могут не представлять интереса для пользователей. Он варьируется от отсутствия в отчете новых знаний или предложений, до риска не отражения важных выводов. Как следствие, в отчете не будет представлена объективная информация о результатах аудита или будут отсутствовать существенные рекомендации, которые могли бы способствовать принятию реальных мер, направленных на повышение эффективности деятельности исследуемого объекта.

При подготовке аудита определяют основные аспекты рисков и в связи с этим, возникает вопрос активного управления рисками. В документах по планированию

аудита рекомендуется указывать на возможные или известные риски предстоящей работы, чтобы предусмотреть способы управления ими.

#### *Существенность*

Необходимо отметить и еще один важный элемент методологии аудита эффективности – это элемент существенности. Существенность следует учитывать на всех этапах аудиторского процесса. Она определяется не только объемом финансовых операций, но и социальными и политическими последствиями использования государственных ресурсов. Существенность темы аудита должна соотноситься с масштабом последствий проведения аудита.

#### *Подотчетность*

Следующим важным элементом методологии аудита эффективности является соблюдение принципа подотчетности. Проверка результативности решений законодательных или исполнительных органов власти на всех этапах от их подготовки до реализации, а также рационального расходования средств в интересах налогоплательщиков или граждан позволяет оценить деятельность органов, которые подотчетны за принятие решений.

При этом аудиторы не ставят под сомнение намерения и решения законодательной власти, а исследуют несовершенство нормативной правовой базы или способов ее соблюдения, помешавших достижению конкретных целей. Аудит эффективности фокусируется на областях деятельности, которые могут принести дополнительную пользу для граждан и на областях, которые подлежат совершенствованию и улучшению в управлении и реализации решений.

#### *Прозрачность*

Аудит эффективности способствует соблюдению принципа прозрачности, предоставляя законодательным органам власти, и другим субъектам, принимающим решение о финансировании проектов, а также налогоплательщикам, более глубокое представление об управлении и результатах деятельности проверяемых объектов. Таким образом, аудит эффективности напрямую способствует предоставлению полезной информации гражданам и одновременно служит основой для расширения знаний и улучшений деятельности объектов проверки. При аудите эффективности ВОФК/ВОА в рамках своих полномочий, самостоятельно решает, что, когда и как

проверять, при этом их публикационная деятельность в государстве не должна ограничиваться.

#### *Достоверность и надежность информации*

Одним из важнейших принципов аудита эффективности является достоверность и надежность информации, используемая во время контрольного мероприятия и представляющая основу для принятия выводов и решений о результатах аудита эффективности. Следовательно, аудиторам, необходимо всегда обеспечивать такие результаты проверок, которые основываются на достаточных доказательствах надлежащего качества, а также активно управлять риском представления ненадлежащих отчетов.

#### *Аудит как научное исследование*

В стандарте ИССАИ 3100 отмечено, что проведение аудита эффективности в разных странах значительно отличается в зависимости от существующих полномочий, организации и методов, используемых ВОФК/ВОА.

На процесс проведения аудита эффективности оказывают влияние социально-экономическая, правовая и административная среда. Развитость государственного сектора экономики также влияет на характер проведения аудита эффективности.

Подготовка, проведение и подведение итогов аудита эффективности подчиняются тем же правилам, что и исследовательская работа, проводимая в сфере науки. Методология, применяемая при проведении научных изысканий может с пользой для результата использоваться при подготовке и проведении аудита эффективности.

Разработчики международных стандартов ИНТОСАИ считают, что аудит эффективности не может быть жестко регламентирован. Глубокий аудит эффективности – это комплексная исследовательская работа, которая требует гибкости, воображения и высокого уровня аналитических навыков. Регламентированные процедуры, методы и стандарты могут на самом деле препятствовать выполнению аудита эффективности. Соответственно, в этой области следует избегать слишком детализированных стандартов и систем обеспечения качества. Процессы и практика, в этом случае, должны основываться на изучении практического опыта, имеющегося в ВОФК [42].

Согласно мнению членов ИНТОСАИ каждая страна имеет свои навыки и традиции в проведении аудита эффективности исходя из общепризнанных стандартов. Аудит эффективности осуществляется как отдельная проверка или исследование и является отдельным видом профессиональной деятельности, который требует специальных и профессиональных знаний, индивидуальных стандартов, грамотного планирования, составления специальных отчетов и т.д.

## **2.2 Эволюция стандартизации методологии аудита эффективности в Российской Федерации**

В Российской Федерации теоретико-методические основы аудита эффективности и его практическое применение обсуждается учеными и практиками, осуществляющими контрольную деятельность в течение многих лет [227; 292; 298; 300]. По мнению ряда специалистов, в отличие от финансового аудита, проверяющего достоверность финансовой отчетности при государственном аудите во главу угла ставится результативность, экономичность, продуктивность использования государственных финансовых и материальных ресурсов» [56; 57; 148].

В исследованиях, проведенных А.Н. Сауниным [299, с. 57] выражается мнение, что «Аудит эффективности должен применяться только при осуществлении последующего государственного финансового контроля, в отношении уже использованных бюджетных и других государственных средств».

Более широко возможности аудита эффективности отражены в работах С.Н. Рябухина [291, с. 34], который утверждает, что возможности аудита в плане активного стимулирования квалифицированного управления является признанным и важным фактором в эволюции реформы государственных финансов, так как «...аудит эффективности позволяет обеспечить необходимую связь с процессом экономического развития посредством учета факторов, влияющих на качество управления».

Новой для Российской Федерации формой государственного финансового контроля назвал аудит эффективности С.А. Агапцов [46], который считает, что для определения места аудита эффективности использования государственных ресурсов в единой системе государственного финансового контроля, прежде всего, необходимо определить его содержательную сущность.

Как показывает анализ мировой практики аудит эффективности имеет двойственный характер, так как с одной стороны, это контрольное мероприятие, в ходе которого оценивается экономичность, продуктивность и результативность использования объектом аудита государственных ресурсов при реализации социально-экономических проектов. С другой стороны, в ходе аудита эффективности контролируется порядок расходования государственных средств, определенный в нормативных правовых актах, объектами аудита.

Изначально, дискуссии вокруг вопроса считать ли аудит эффективности самостоятельным видом государственного аудита или это особый вид финансового контроля повлияла на принятия новых стандартов финансового контроля (СФК) [118].

В 2004 году в Счетной палате Российской Федерации разработана и утверждена «Методика проведения аудита эффективности использования государственных средств» (далее – Методика) [234].

Методика содержит перечень основных правил проведения аудита эффективности использования государственных средств, в которых отмечается, что проверка проводится в три основных этапа: планирование, осуществление проверки и подготовка отчета о результатах проверки. Исходя из примерного графика проведения аудита эффективности, представленного в Методике, срок его проведения занимает до одного года.

В Методику вошли документы по порядку действий аудиторов в процессе организации и проведения аудита эффективности, правила выбора тем и объектов проверки, формирования критериев оценки, план проверки и другие обязательные элементы контрольного мероприятия.

В Методике нашло отражение описание недостатков действующего федерального закона о Счетной палате и указывается, что отсутствуют нормы прямого действия по проведению аудита эффективности, несмотря на то, что в

законе многократно говорится о контроле эффективности использования государственных ресурсов.

По мнению авторов Методики, необходимо решить ряд задач, которые позволили бы достичь желаемой цели о контроле эффективности использования государственных ресурсов. Авторами предлагается законодательно определить аудит эффективности как разновидность государственного финансового контроля. Одновременно рекомендуется провести реформирование бюджетного процесса и внедрить бюджетирование, ориентированное на результат, как это принято в экономически развитых странах, разработать собственную методологическую базу для проведения аудита эффективности с учетом опыта зарубежных стран и требований международных стандартов в сфере внешнего государственного финансового контроля [234].

Авторы Методики осознавали определенные риски и ограничения, с которыми могут столкнуться аудиторы и инспектора при проведении аудита эффективности, однако, по мере накопления опыта, создания в стране соответствующих институциональных и правовых условий посчитали, что аудит эффективности станет действенным видом внешнего государственного финансового контроля.

Практика применения Методики позволила внести коррективы в организацию контрольных мероприятий, по результатам которых осуществлено совершенствование нормативных правовых актов Счетной палаты и в 2007 году утверждены Временные методические рекомендации [123].

Создание нового документа обуславливалось условиями «... перехода к среднесрочному федеральному бюджету, проектному управлению государственными ресурсами и организации деятельности Счетной палаты, ориентированной на системный аудит целеполагания, архитектуры и технологий управления государственными ресурсами (далее – системный аудит)».

Новое понятие системный аудит подразумевало наличие трех взаимосвязанных мероприятий: финансового аудита, аудита эффективности использования государственных ресурсов и стратегического аудита, который направлен на оценку экономической реализуемости в перспективе стратегических целей и приоритетов государственной политики, а также возможных последствий.

Цель разработки Временных методических рекомендаций практически не отличалась от цели ранее действующей Методики и по структуре также соответствовала ранее принятому документу.

Во Временных методических рекомендациях впервые приводится описание сущности и задач аудита эффективности. Сущность аудита эффективности определена как процедура получения доказательств, необходимых для формирования заключения относительно экономичности, продуктивности и результативности использования, проверяемым органом (организацией) государственных ресурсов. Отмечается, что аудит эффективности представляет собой один из видов финансового контроля наряду с финансовым аудитом и стратегическим аудитом и по своей основной цели и сущности занимает связующее место между финансовым аудитом и стратегическим аудитом.

Во Временных методических рекомендациях можно отметить еще один важный момент – целесообразность проведения аудита эффективности, как самостоятельного контрольного мероприятия. Указывается, что условием для проведения аудита эффективности использования государственных ресурсов является наличие уверенности у проверяющих в том, что бюджетные средства использованы в соответствии с законом и их целевым назначением, а финансовая отчетность ведется правильно и является достоверной.

Это позволяет сосредоточиться на проверке экономической реализуемости стратегических целей и приоритетов государственной политики, определять возможные последствия в случае, если результаты стратегического аудита выявили низкий уровень эффективности управления государственными ресурсами, что требует комплексного анализа причин, связанных с этой ситуацией.

Кроме того, во Временных методических рекомендациях вводится понятие социальная результативность, которая «... характеризуется конечным социальным эффектом, полученным от использования государственных ресурсов, и показывает, как результаты их использования оказали влияние на удовлетворение потребностей общества в целом, части или группы населения».

Следующим этапом развития стандартизации в области аудита эффективности было утверждение Счетной палатой в 2009 году стандарта



финансового контроля СФК 104 «Проведение аудита эффективности использования государственных средств» [45].

При подготовке СФК 104 использовались не только опыт Счетной палаты по практическому применению аудита эффективности и положений международных стандартов ИССАИ, но и материалы научно-исследовательских работ по проблемам аудита эффективности, проведенных НИИ системного анализа Счетной палаты.

Кроме того, активное сотрудничество Счетной палаты с зарубежными коллегами (Канада, Великобритания и др.) позволили провести в Российской Федерации ряд аудитов эффективности в сфере здравоохранения и других социальных сферах с учетом опыта аудиторов из других стран.

Новые методические подходы к процессам организации, проведения и представления результатов аудита эффективности позволили учесть наработанный методический материал в положениях СФК 104.

В СФК 104 изменилась формулировка понятия аудит эффективности, которая стала звучать следующим образом: «Аудит эффективности представляет собой тип финансового контроля, осуществляемого посредством проведения контрольного мероприятия, целями которого является определение эффективности использования государственных средств, полученных проверяемыми организациями и учреждениями для достижения запланированных целей, решения поставленных социально-экономических задач и выполнения возложенных функций».

В СФК 104 изменены также формулировки, определяющие понятие эффективности, а также всех трех направлений, по которым эффективность оценивается, т.е. экономичность, продуктивность и результативность.

При сравнении, например, определения экономичности можно сделать вывод, что в нормативных документах это понятие имеет разные формулировки, но оно одинаково по своей сути.

Во Временных методических рекомендациях указывалось, что «экономичность использования государственных ресурсов означает достижение объектом проверки заданных измеримых результатов с использованием наименьшего объема государственных ресурсов или более высокого результата с использованием заданного объема государственных ресурсов. Экономичность оценивается сравнением затраченных средств на получение результата с

планируемыми на эти цели расходами, аналогичным показателем предыдущего периода или с аналогичными показателями других организаций».

В СФК 104 «...экономичность характеризует взаимосвязь между объемом государственных средств, использованных объектом проверки на осуществление своей деятельности, и достигнутым уровнем ее результатов с учетом обеспечения их соответствующего качества...».

Принятие СФК 104 обусловлено признанием факта, что организация аудита эффективности имеет существенные отличия от финансового аудита, а потому, с учетом более сложной методологии его проведения, потребовались разработка и утверждение отдельного нормативного документа в виде стандарта.

Требования к многоэтапности проведения аудита эффективности свидетельствуют о необходимости разносторонних действий аудиторов и инспекторов, ответственных за проведение контрольного мероприятия.

Аудит эффективности предполагает сбор обширной разноплановой информации и материалов для формирования аудиторских доказательств в процессе проведения проверок, которые обрабатываются в ходе различных аналитических мероприятий с помощью научных оценочных методов и процедур.

Совершенствование законодательства о Счетной палате Российской Федерации [6] потребовало внесения изменений в СФК 104 и вместо него в 2016 году утвержден Стандарт внешнего государственного аудита (контроля) СГА 104 «Аудит эффективности» [44].

Положения стандарта СГА 104 созвучны с принципами, изложенными в стандартах ИНТОСАИ, и конкретизируют их применение в Российской Федерации.

Счетная палата РФ в рамках своих полномочий в ходе аудита эффективности проверяет: организацию и процессы использования федеральных и иных ресурсов (согласно стандарту ИССАИ - подход, ориентированный на систему), а также результаты использования федеральных и иных ресурсов (подход, ориентированный на результат).

Негосударственные организации не упоминаются в качестве объектов аудита эффективности, однако, согласно стандарту, в процессе аудита эффективности от таких организаций может потребоваться информация или пояснения, если они при

осуществлении своей деятельности используют государственные средства или оказывают услуги организациям, использующим государственные ресурсы.

Важные изменения произошли в разделе 3 «Определение эффективности использования федеральных и иных ресурсов» СГА 104. Определение эффективности стало характеризоваться «...соотношением результатов достижения целей и решения задач социально-экономического развития Российской Федерации с затратами федеральных и иных ресурсов на их достижение, которое включает определение экономности и (или) результативности использования федеральных и иных ресурсов», что созвучно со статьей 34 «Принцип эффективности использования бюджетных средств» Бюджетного кодекса Российской Федерации.

Из аудита эффективности выпало самостоятельное направление продуктивности, а направление экономичность заменено на экономность, которое характеризуется как достижение «...объектом аудита эффективности заданных результатов с использованием наименьшего объема федеральных и иных ресурсов».

При этом аудиторам рекомендуется для оценки экономности установить «...имелись ли у объекта аудита эффективности возможности достижения заданных результатов наименее затратным способом и их более рационального использования для того, чтобы достигнуть поставленных целей на основе использования меньшего объема указанных ресурсов».

В СГА 104 результативность «...характеризуется достижением объектом аудита эффективности наилучших результатов с использованием определенного объема федеральных и иных ресурсов», в то время как в СФК 104 она характеризовалась «...степенью достижения запланированных результатов использования государственных средств ...».

Аудиторам предлагается оценивать результативность на основе проверки «...имелись ли у объекта аудита эффективности возможности достижения наилучших результатов с использованием определенного объема ресурсов на указанные цели».

Данный подход утрудняет процедуру формирования критериев оценки и размывает возможность их объективного применения. Направление продуктивность, или иначе производительность, позволяет оценивать степень использования всех видов ресурсов при реализации задач социально-

экономического развития Российской Федерации, что сказывается на возможности достижения заданных результатов.

Недостижение целевых значений показателей (результатов) при высокой экономичности и продуктивности может означать как недостаточность выделения ресурсов, так и некорректное определение значений ожидаемых результатов.

В процессе работы установлено, что точность и достаточность новой редакций определения эффективности использования федеральных и иных ресурсов выявит лишь практика применения методологии аудита эффективности и полученный результат.

Одним из важнейших разделов СГА 104 является раздел управления качеством контрольного мероприятия, в котором особое внимание уделяется вопросам подхода к разработке и выбору критериев оценки эффективности.

Рекомендуется использовать критерии различного вида, которые содержат количественные и качественные, относительные и динамические значения показателей. Относительные и динамические значения показателей являются новыми элементами стандарта [44].

Критерии оценки несут основную нагрузку в процессе проведения аудита эффективности, формирования выводов и подготовки рекомендаций по результатам его проведения. Критерии рекомендуется формировать на основе уже утверждённых базовых показателей оценки аудируемого объекта или создавать новые на основе действующих нормативных правовых актов, отчетных и других документов с учетом темы и вопросов программы аудита эффективности.

В СГА 104 оговаривается, что если трудно определить критерии оценки, исходя из действующих нормативных правовых актов и форм отчетности, то тогда к работе привлекаются эксперты, с помощью которых разрабатываются надежные, объективные, разумные и достижимые критерии. Критерии аудита эффективности обеспечивают возможность оценки установленных фактов. В этом случае недостатки определяются, как какие-либо отклонения от норм или критериев, а представленные рекомендации направлены на устранение таких отклонений.

В стандарте СГА 104 указывается, что при определении целей и вопросов аудита необходимо исходить из существенности темы аудита. Существенность зависит от масштабности деятельности объекта аудита, т.е. при выборе учитывается

объем используемых федеральных и иных ресурсов или социально-экономическая важность деятельности.

К числу важнейших причин выбора темы аудита относится реализация объектами аудита приоритетных целей, задач и направлений социально-экономического развития Российской Федерации при этом существенность будет выше там, где для их реализации задействовано использование значительных федеральных и иных ресурсов.

Предварительное изучение объекта аудита позволяет выявить и наличие (риск наличия) проблем в деятельности объекта аудита при использовании федеральных ресурсов.

Идентификация рисков вероятности ошибочного определения или оценки эффективности использования федеральных и иных ресурсов имеет особое значение. Поэтому на подготовительном этапе при изучении аудитором предмета и объектов аудита эффективности согласно СГА 104 целесообразно уделять этому вопросу особое внимание.

Важно определить источники рисков и возможные последствия при их наступлении. Рекомендуется классифицировать риски по признакам организационно-правовой формы, по сфере деятельности объектов аудита, по источникам финансирования и пр.

В СГА 104 предлагается проводить анализ рисков в целях выявления негативных последствий воздействия идентифицированных рисков на проведение и результаты аудита эффективности. Рекомендуется определять уровень оценки риска, например, путем сравнения уровня идентифицированных рисков с допустимыми (приемлемыми) уровнями соответствующих им рисков.

При описании способов получения первичной информации для формирования аудиторских доказательств, в СГА 104 рекомендовано использовать различные источники информации, к которым отнесены не только запросы, но и другие источники информации, такие как опросы, устные беседы и пр.

Таким образом, в СГА 104 нормативно закреплено расширение видов источников информации для получения аудиторских доказательств, которые были использованы в практике проведения аудитов эффективности в период 2008-2013 гг.

Стандартом рекомендуется применения как минимум трех способов, позволяющих подтвердить один и тот же факт от заинтересованных лиц, имеющих отношение к предмету или деятельности объекта аудита эффективности, что позволяет обеспечить надежность и достоверность информации.

Данные рекомендации оказались востребованы исходя из опыта проведения аудитов эффективности в предыдущие годы.

В СГА 104 описаны также методы обработки анализа полученных аудиторских доказательств. Рекомендовано использовать сравнительный и факторный анализ, применять методы сравнения с эталоном, что позволяет повысить качество расчета и анализа финансовых, экономических и других показателей деятельности объекта аудита эффективности.

Таким образом, СГА 104 позволил расширить возможности применения методологии аудита эффективности и управления процессом его организации и проведения. Отдельного внимания заслуживает описание применения научных методов сбора и анализа данных, полученных в ходе аудита эффективности.

### **2.3 Системно-методический подход к организации и проведению аудита эффективности в Великобритании и Польше**

В некоторых странах, кроме утверждения стандартов, касающихся организации проведения аудита эффективности, создаются дополнительные методические рекомендации, которые поясняют основные правила поведения аудиторов и механизмы проведения аудита эффективности в соответствии с утвержденными стандартами.

В этих документах подчеркивается, что наряду с элементами дисциплины и подчинения нормативным документам, следует также более творчески подходить к организации аудита эффективности.

Утверждается, что аудит эффективности включает в себя исследовательскую часть, особенно на этапе определения критериев оценки, которые отсутствуют в нормативных правовых актах.

Кроме того, особо отмечается важность научно-методической работы для определения возможных рисков, прогнозирования действий в случае их наступления.

В отдельных случаях структура стандартов содержит в себе функционал, поясняющий действия аудиторов при подготовке и осуществлении контрольного мероприятия.

В стандарте, утвержденным Высшим органом финансового контроля Польши (Najwyższa Izba Kontroli – NIK) на основе ISSAI 3000 отмечается, что аудит эффективности требует особого подхода к организации, проведению и оценке полученных результатов. В стандарте отмечаются отличия аудита эффективности, проведение которого позволяет использовать более гибкий подход при выборе темы, объектов контроля, методов проведения контрольного мероприятия, анализа и подготовки отчета по результатам его проведения и финансового контроля, процесс проведения которого требует жесткого следования требованиям стандартов.

Аудит эффективности является независимым исследованием, в ходе которого используются различные методы изучения и оценки полученных аудиторских доказательств. Аудит эффективности характеризует его способность максимально глубоко и широко изучать направления бюджетного финансирования при реализации государственных и общественно значимых мероприятий и программ.

Польские специалисты считают, что при определении темы аудита эффективности необходимо делать акцент не на контроль соответствия при использовании государственных или общественных ресурсов, а на эффективность функционирования государственных учреждений и исполнения программ, на реализацию которых выделяются государственные и общественные ресурсы.

Контроль законности и целевого использования государственных и общественных средств является обязательным условием проводимых контрольных мероприятий, но аудит эффективности выполняет дополнительную задачу – представляет обществу достоверную информацию об экономичности, продуктивности и результативности выполнения общественно-значимых программ.

Независимое мнение в виде отчета о результатах аудита эффективности является основанием для принятия решений, касающихся будущих инвестиций и действий. Результаты аудита эффективности обеспечивают предоставление

стимулов для изменений благодаря проведению независимого анализа и формированию критериев оценки выполнения целевых показателей, предусмотренных в государственном секторе.

Достаточно интересным является подход к методическому обеспечению организации и проведения аудита эффективности в Великобритании. Высшим органом государственного аудита Соединенного Королевства Великобритании и Северной Ирландии с 1983 года является Национальное управление аудитом (National Audit Office), или НУА Великобритании [89; 289].

НУА Великобритании (далее – НУА), при разработке руководства по проведению аудита эффективности использования ресурсов, ориентируется на решении задач, связанных с повышением производительности и качества труда своих сотрудников, участвующих в аудиторских исследованиях.

Отдельное внимание в руководстве уделяется этапу планирования аудитов эффективности и оптимизации расходов на их проведение [289].

Интересно то, что НУА говоря об эффективности, предлагает начать действия по экономному и рациональному расходованию государственных средств, с себя.

В руководстве излагаются вопросы подхода к проведению аудита эффективности использования ресурсов в плане соотношения объема затрат и полученных результатов, конституционных и правовых основ, к выбору оптимального набора методов для проведения аудита эффективности и управления процессом.

Отдельно выделены вопросы обеспечения качества аудиторского исследования и описано пять «порогов качества», которые должна пройти группа аудиторов в различные моменты жизненного цикла исследования.

В руководстве эти пороги сформулированы как простые вопросы, на которые команда аудиторов должна быть готова дать ответ «да» прежде чем перейти к следующему этапу работы. Каждый из порогов качества иллюстрируется примерами фактов и аудиторских доказательств, которые команда аудиторов может собрать для того, чтобы ответить на каждый из этих вопросов. Цель данного подхода состоит в том, чтобы создать систему обеспечения качества, которая позволит командам по проведению аудита эффективности строить свою работу в соответствии с потребностями конкретного исследования вместо того, чтобы покорно выполнять



все традиционные этапы «типичного» аудиторского исследования в рамках аудита эффективности [289].

Изучение данного документа НУА показывает созвучность в методических подходах к организации контрольного мероприятия в виде аудита эффективности и научного исследования. Многие рекомендации аудиторам могут быть применимы для организации работы ученых.

Подход НУА к аудиту эффективности формируется на основе многолетнего опыта организации и проведения контрольных мероприятий, целью которых является подготовка отчетов об использовании государственных финансов, представляемых в парламент страны. При этом отмечается, что своими корнями аудит эффективности уходит в финансовый аудит, что означает необходимость тесного сотрудничества с данным направлением. Трансформация финансового аудита привела к осознанию наличия проблем, которые могут быть исследованы только с применением дополнительных инструментов и методов анализа процессов деятельности, т.е. на основе методологии аудита эффективности.

Для аудиторов НУА разработан интересный и полезный для аудиторов документ, описывающий подход к организации, проведению и подготовки отчета об итогах аудита эффективности, который они назвали ««Анализ проблем/метод «Званого обеда»» (IADP- Issue Analysis /Dinner Party).

Метод аудиторского исследования IADP нацелен на то, чтобы выпускаемые отчеты о результатах аудита эффективности были четко сфокусированными на определенной проблеме и были основаны на безупречной логике.

Метод IADP - это свод логических и практических правил, которые в сочетании с эффективным управлением проектом позволяют своевременно и качественно готовить хорошо структурированные отчеты. Кроме того, метод IADP помогает обеспечивать личную заинтересованность и доверие проверяемых организаций к подходам, которые используются в аудите эффективности, повысить достоверность выводов, сделанных в отчете. Метод позволяет всем членам аудиторской команды активно участвовать в работе на протяжении всего жизненного цикла аудиторского исследования.

«Анализ проблем (Issue Analysis)» - это строго обоснованный, логичный и структурированный подход, позволяющий переводить аудиторские вопросы

высшего иерархического уровня в конкретные задачи аудита. Он составляет методологическую основу для проведения работ по сбору информации на объектах аудита и построения структуры аудиторского исследования.

«Анализ проблем» - это иерархическая система вопросов, представляемых в форме пирамиды. Эти вопросы требуют только четкого ответа «да» или «нет» и система работает как двоичная система исчисления, в ней не могут существовать вопросы типа «как», «что» и «почему».

Логические связи между иерархическими уровнями можно сравнить с ветвями дерева. Основной вопрос исследования можно представить, как ствол дерева, подвопросы второго уровня – как главные ветви, подвопросы 3 уровня – как боковые ветви, а подвопросы 4 уровня – как мелкие веточки. Отдельные аудиторские задачи, каждая из которых представляет собой конкретный вопрос и метод, с помощью которого аудитор даст ответ на данный вопрос, соответствуют листьям дерева.

Следует понимать, что по результатам аудита необходимо подготовить отчет с выводами и рекомендациями. Цель метода «Званого обеда» - это формулировка выразительных и емких выводов отчета, которые следует изложить так, чтобы они заинтересовали собеседника во время совещания по системе «званный обед» настолько, чтобы он начал выяснять дополнительные подробности... - а это значит, что разговор может быть продолжен еще и еще ... и таким образом, доводится до собеседника вся суть отчета.

Метод «Званный обед» применяется после того, как будет собрана и проанализирована необходимая информация. В отличие от «анализа проблем», в данном случае процесс идет по направлению от частного к общему или «снизу-вверх». В результате на основе фактов, собранных в ходе аудита, определяются главные выводы, и они подтверждают логику их изложения.

Вариант отчета может значительно отличаться от первоначального проекта, сформулированного на основе «анализа проблем». Частично это может быть связано с тем, что в процессе аудита появились новые факты, требующие перефразирования мыслей, их конкретизация, в результате дерево проблем становится менее «раскидистым». В ходе исследования могут появиться дополнительные проблемы, которые требуют более глубокого изучения процессов и тогда некоторые части

дерева могут «разрастись», или же, возможно, придется «посадить и вырастить» совершенно другое дерево.

При создании схемы проведения аудита следует помнить, что вопросы, которые формулируются в процессе «анализа проблем», должны быть «взаимоисключающими» (ВИ) и «исчерпывающими» (ИС). Это значит, что вопросы должны полностью охватывать тему аудита эффективности.

Взаимоисключающие вопросы – это вопросы, которые касаются одной темы, но отличаются друг от друга и ни в чем не перекрываются.

К исчерпывающим - относятся вопросы, которые по своей совокупности полностью охватывают тему и полученных ответов на них достаточно, чтобы подготовить ответ на вопрос более высокого уровня.

Выбор темы аудиторского исследования обосновывается сложившейся ситуацией, которая и является его отправной точкой. Продукт метода «Званого обеда» можно представить следующей цепочкой: ситуация – усложнение – вопрос – ответ. В принципе это классический подход к любому повествованию, о чем угодно, так как этот способ позволяет убедительно объяснять сложные вопросы такой аудитории, которая не очень знакома с исследуемой темой.

Описание ситуации предполагает некое бесспорное утверждение или короткий набор утверждений, которые должны заинтересовать слушателя (читателя отчета) и который будет ждать дальнейших разъяснений.

Усложнение позволяет предмет, который предлагается к обсуждению, сделать заслуживающим внимания и вызывающим интерес.

В результате у слушателя (читателя) возникает вопрос, на который должен быть дан четкий и ясный ответ или набор ответов.

Существует множество методов, которые могут использоваться для того, чтобы сформулировать единственный вопрос, который определяет содержание и охватывает всю тему аудита.

Переход от ситуации к усложнению требует от аудиторов опыта, профессиональных знаний и может даже интуиции. Важно, чтобы в процессе проведения аудита эффективности постоянно задавался вопрос «ну и что?». В этом случае поиск ответов позволяет найти логические и правильные ответы, которые позволят четко и обоснованно сформулировать выводы.

Однозначно утверждать и стандартизировать структуру схемы аудиторского исследования невозможно, так как в каждом отдельном случае может существовать несколько способов упорядочения вопросов следующего уровня, которые зависят от выбранной темы аудита.

На стадии анализа проблем не столь важно, какой принцип упорядочения используется, важна последовательность и обоснованность выбора вопросов (т.е. вопросы должны отвечать критериям ВИ/ИС).

«Анализ проблем» предполагает вопросы, требующие ответа «да/нет», поскольку, таким образом, обеспечивается положение, при котором идеи будут сформулированы в отчете достаточно четко и ясно, а не расплывчато. Когда вопросы формулируются в такой строгой форме, возможно направлять аналитическое исследование на создание конкретного конечного продукта, необходимого для того, чтобы подтвердить или опровергнуть выводы по изучаемой проблеме. Даже если предмет изучения можно свести к вопросам типа «насколько успешно...» или «насколько хорошо...», на которые можно ответить «да/нет» все равно останется риск того, что собранных фактов будет недостаточно. И в таком случае нельзя будет убедительно и неопровержимо ответить на вопрос, с помощью которого можно оценить результат деятельности исследуемого объекта. Иными словами, в отчете будет слишком много декларативных утверждений, которые будут мешать при утверждении отчета, так как установленных фактов и доказательств будет недостаточно.

Используя «Анализ проблем», следует придерживаться еще двух принципиальных правил – это «правило семи» и «правило одного».

«Правило семи» говорит о том, что для любого вопроса любого уровня число подвопросов не должно превышать семи. Выполнение этого правила обеспечивает ясность изложения материала в отчете. Это требование объясняется тем, что большинство людей не способно удерживать в кратковременной памяти более семи элементов любого списка. Поэтому если ответ на данный вопрос предполагает, что нужно ответить еще на более чем семь подвопросов, то у большинства читателей могут возникнуть проблемы с запоминанием ответа на первый вопрос. Это полезное эмпирическое правило, и оно состоит в том, чтобы еще раз хорошенько подумать, если окажется, что какому-либо вопросу соответствует более семи подвопросов. В

любом случае, если возникает необходимость в дополнительных подвопросах, то их следует перегруппировать, не нарушая при этом правила ВИ/ИС.

Второе важное правило – «правило одного» означает, что у каждого вопроса должно быть более одного подвопроса. Если же для какого-либо вопроса сформулирован только один подвопрос, то это значит, что пропущены другие подвопросы или возможно требуется переформулировать вопрос по-другому.

«Анализ проблем» целесообразно использовать, когда будет сформулирован предварительный набор вопросов, которые потенциально заслуживают изучения, и нужно как-то систематизировать эти вопросы. Предварительный набор вопросов обычно формируется в результате кабинетных исследований, встреч с возможными объектами проверки, мозгового штурма и/или более структурированного метода творческого мышления (например, «Шесть шляп мышления» De Bono) [83].

Опыт работы английских аудиторов показывает, что применение метода «IADP» на практике является нелегкой работой, однако, она позволяет проводить сбор данных более осмысленно и обосновано, подготовка отчета проходит значительно легче, а выводы звучат более убедительно.

Исследование эволюции развития методологии аудита эффективности в Российской Федерации и опыта научно-методических подходов зарубежных специалистов к организации и проведению аудита эффективности свидетельствует о том, что эта методология может использоваться не только контрольно-счетными органами при проведении контрольных мероприятий.

Методология аудита эффективности может с успехом использоваться как методология исследования различных социально-экономических процессов и способствовать решению задач по повышению результативности использования государственных (и не только государственных) ресурсов в деятельности организаций и реализации проектов и программ. При этом формирование индикаторов, показателей и критериев оценки основанном на принципах иерархии, позволяет оценить степень достижения планируемого интегрального эффекта и эффективность действий для достижения главной цели [85; 142; 153; 163].

Здравоохранение относится к сфере, которая является одной из затратных. Доля расходов на здравоохранение в ВВП в разных странах отличается и согласно

рекомендациям Всемирной организации здравоохранения, она должна быть не менее 5%. В экономически высокоразвитых странах доля составляет свыше 10%.

Деятельность организаций, управляющих бюджетными средствами на здравоохранение подотчетна налогоплательщикам, через соответствующие выборные государственные структуры. И эта деятельность контролируется специально созданными для этой цели органами ВОФК/ВОА.

Эффективное использование бюджетных средств отражается на качестве оказываемой гражданам медицинской помощи, что в конечном итоге отражается на медико-демографических показателях, удовлетворенности населения качеством жизни и обеспечении государства здоровыми трудовыми ресурсами.

Следует учитывать, что качественный контроль расходования государственных ресурсов, объективная оценка результативности принятия управленческих решений в сфере здравоохранения играют большее значение, и применение методологии аудита эффективности в контрольных или исследовательских целях может способствовать достижению ожидаемых результатов по удовлетворенности населения доступностью и качеством медицинской помощи [240; 243; 252].

## **Выводы к главе 2**

1. Объектом аудита эффективности является деятельность организаций, как получателя и пользователя бюджетных средств, а предметом - программы или социально-экономические значимые мероприятия, для реализации которых используются государственные ресурсы, в том числе средства федерального бюджета, средства бюджета субъектов Российской Федерации, средства внебюджетных государственных фондов.

Опыт зарубежных стран свидетельствует, что аудит эффективности становится реальным инструментом контроля только тогда, когда система бюджетирования, ориентированного на результат (далее – БОР), уже действует, а в

законе о бюджете представлены программы с заданными результатами использования бюджетных средств.

2. Аудит эффективности, проводимый ВОФК/ВОА, является независимой, объективной и достоверной проверкой реализации проектов, программ или отдельных мероприятий с использованием государственных ресурсов, исходя из принципов экономичности, продуктивности и результативности.

Подготовка, проведение и подведение итогов аудита эффективности подчиняются тем же правилам, что и исследовательская работа, проводимая в сфере науки. Методология, применяемая при проведении научных изысканий может с пользой для результата использоваться при подготовке и проведении аудита эффективности.

Согласно мнению членов ИНТОСАИ каждая страна имеет свои навыки и традиции в проведении аудита эффективности исходя из общепризнанных стандартов. Аудит эффективности осуществляется как отдельная проверка или исследование и является отдельным видом профессиональной деятельности, который требует специальных и профессиональных знаний, индивидуальных стандартов, грамотного планирования, составления специальных отчетов и т.д.

3. Эволюционный характер развития методологии аудита эффективности в России привел к созданию в 2016 году стандарта внешнего государственного аудита СГА 104, в котором предусмотрено два основных направления проведения контрольных мероприятий: подход, ориентированный на проверку работоспособности системы и подход, ориентированный на контроль полученного результата.

В СГА 104 описаны также методы обработки анализа полученных аудиторских доказательств. Рекомендовано использовать сравнительный и факторный анализ, применять методы сравнения с эталоном, что позволяет повысить качество расчета и анализа финансовых, экономических и других показателей деятельности объекта аудита эффективности.

4. Анализ зарубежных нормативных документов показывает созвучность в методических подходах к организации контрольного мероприятия в виде аудита эффективности и научного исследования. Многие рекомендации аудиторам могут быть применимы для организации работы ученых.

Отмечается, что своими корнями аудит эффективности уходит в финансовый аудит, что означает необходимость тесного сотрудничества с данным направлением.

Методология аудита эффективности может с успехом использоваться как методология исследования различных социально-экономических процессов и способствовать решению задач по повышению результативности использования государственных (и не только государственных) ресурсов в деятельности организаций и реализации проектов и программ.



### **Глава 3 Опыт совершенствования методологии аудита эффективности использования государственных ресурсов в сфере здравоохранения**

В середине 2000-х годов руководством Российской Федерации принято ряд решений о необходимости увеличения финансирования сферы здравоохранения за счет средств федерального бюджета.

Начиная с 2005 года, в целях улучшения качества медицинского обслуживания и обеспечения отдельных категорий граждан лекарственными средствами, из федерального бюджета ежегодно выделяются финансовые средства. Общий объем израсходованных средств федерального бюджета за период 2005 - 2018 гг. составил свыше 2 400,0 млрд рублей (включая ежемесячные денежные выплаты из Пенсионного фонда Российской Федерации отдельным категориям граждан, отказавшимся от бесплатного лекарственного обеспечения, за счет средств федерального бюджета) [4].

В 2006 году началась реализация первого в Российской Федерации приоритетного национального проекта «Здоровье», в рамках которого предусматривались мероприятия по развитию первичной медико-санитарной помощи, обеспечению населения высокотехнологичной медицинской помощью, по совершенствованию медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях, больным с сосудистыми и онкологическими заболеваниями, по развитию службы крови, а также другие мероприятия. Общий объем финансирования ПНП «Здоровье» за период 2006 – 2010 гг. составил около 600,0 млрд рублей.

Кроме того, в рамках программы модернизации системы здравоохранения в 2011 – 2013 гг. только из федерального бюджета выделено свыше 460,0 млрд рублей на реализацию следующих направлений: внедрение стандартов оказания медицинской помощи, информатизация здравоохранения и модернизация материально-технической базы учреждений здравоохранения.

В 2018 году принято решение по разработке и реализации национального проекта в сфере здравоохранения до 2024 года. На финансовое обеспечение

мероприятий в рамках национального проекта «Здравоохранение» предусмотрено выделение бюджетных средств в объеме свыше 1,7 трлн рублей [9].

Направление значительного объема бюджетных средств и средств государственных внебюджетных фондов в сферу здравоохранения вызвало потребность в организации соответствующего контроля и оценки эффективности их расходования.

Методология аудита эффективности оказалась востребованной Счетной палатой Российской Федерации, однако, для ее успешного применения потребовалось совершенствование ряда подходов к организации, проведению и представлению результатов аудитов эффективности с учетом зарубежного (международного) опыта, специфики законодательства и нормативных правовых актов, принятых в Российской Федерации.

### **3.1 Использование метода «Дерева вопросов» в целях совершенствования методологии аудита эффективности при проведении контрольных мероприятий в Российской Федерации**

Выбор темы аудита эффективности в сфере здравоохранения зависит от социальной значимости государственных программ и национальных проектов, величины объема бюджетных средств, выделяемых на их реализацию. Большое значение при выборе темы имеют значения показателей, характеризующих охват населения, чьи интересы затрагиваются при реализации программ и проектов, а также степени влияния достигаемых результатов на развитие отдельных отраслей промышленности и общего социально-экономического положения государства.

К числу проектов национального масштаба следует отнести лекарственное обеспечение отдельных категорий граждан за счет средств федерального бюджета. Исследования показали, что, методология аудита эффективности обладает не только контрольными, но и научно-исследовательскими функциями. Исходя из этого, анализ состояния отрасли, развитие которой в значительной степени зависит от

внешних факторов (импорт лекарственных средств, технологий, оборудования), является крайне важным для государства.

Результаты контрольных мероприятий, оценивающих эффективность использования бюджетных средств, направляемых на лекарственное обеспечение отдельных категорий граждан, имеют значение для принятия высшими органами исполнительной власти решений, способствующих максимальному удовлетворению потребности населения в лекарственных препаратах, развитию отечественной фармацевтической и медицинской промышленности, снижению зависимости индустрии здоровья от внешнего экономического и политического влияния.

При разработке проекта по бесплатному лекарственному обеспечению отдельных категорий граждан (далее – ОКГ), т.е. граждан, наиболее нуждающихся в социальной и медицинской помощи в соответствии с законодательством Российской Федерации [4], предполагалось, что проектом будет охвачено около 15 млн человек, или свыше 10% от общей численности населения Российской Федерации. В первый год реализации проекта (2005 год) выделено 48,3 млрд рублей, исходя из среднего подушевого норматива около 350 рублей в месяц.

В проекте предполагалось, что будет задействован страховой принцип лекарственного обеспечения, при котором граждане, нуждающиеся в дорогостоящих медикаментах, получают необходимые препараты за счет того, что часть граждан потребляет лекарственные препараты не регулярно, или стоимость используемых ими медикаментов ниже утвержденного среднего подушевого норматива.

Однако, в итоге в законодательстве была закреплена норма о праве граждан на добровольный отказ от системы бесплатного лекарственного обеспечения с 2006 года и получения взамен за это установленной компенсации (ежемесячной денежной выплаты – далее ЕДВ) из Пенсионного фонда России.

Данная норма оказалась «миной замедленного действия» для системы лекарственного обеспечения, которая сработала уже в 2006-2007 гг., так как более 50% граждан, имеющих право на государственную социальную помощь (далее – ГСП) в виде набора социальных услуг (далее – НСУ), включая обеспечение необходимыми лекарственными средствами (далее – ОНЛС) выбрало денежную компенсацию. Эта норма закона и в настоящее время оказывает существенное

влияние на своевременность и полноту лекарственного обеспечения граждан, остающихся в системе ОНЛС.

Вследствие отказа граждан от ОНЛС снижается объем бюджетного финансирования системы ОНЛС, так как ежегодно объем планируемых бюджетных расходов рассчитывается исходя из размера подушевого норматива и численности граждан, оставивших за собой право пользоваться системой ОНЛС. Страховой принцип нарушен и многие граждане (онкологические больные, инсулинозависимые граждане, граждане с заболеванием, требующим дорогостоящего медикаментозного лечения) не могут получить или имеют трудности с получением необходимых им лекарственных препаратов.

В первые же годы реализации системы ОНЛС выросла социальная напряженность, граждане выражали недовольство несвоевременным обеспечением их медикаментами. Одновременно наблюдался рост недовольства и среди фармацевтических производителей, так как задержки в оплате им за отпущенные гражданам лекарственные препараты на 9-12 месяцев превышали установленные в контрактах сроки платежа.

В создавшейся ситуации возникла необходимость проведения Счетной палатой Российской Федерации контрольного мероприятия, с целью оценки эффективности использования бюджетных средств, направленных на лекарственное обеспечение отдельных категорий граждан [55; 56].

С точки зрения финансового контроля эффективность расходования бюджетных средств высокая, так как все средства направлены на закупку лекарственных препаратов, но это не позволяет ответить на главный вопрос, почему отдельные категории граждан остались недовольны реализацией проекта по ОНЛС? Методики финансового контроля не позволяют раскрыть причины неудовлетворенного спроса граждан.

Исходя из положений законодательства и существующих подходов к проведению контрольных мероприятий, руководством Счетной палаты было принято решение о его проведении аудита эффективности.

В период с 2007 по 2018 годы было проведено несколько аудитов эффективности и экспертно-аналитических мероприятий, касающихся темы лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан и все они

организовывались с учетом методических наработок и практики проведения контрольного мероприятия, впервые проведенного в 2007-2008 гг. Вновь проводимые проверки включали в себя вопросы реализации предложений и рекомендаций, высказанных по результатам предыдущих контрольных мероприятий, учитывали изменения условий и практики функционирования системы ОНЛС.

С учетом вовлеченности в реализацию системы ОНЛС ОКГ множества государственных организаций федерального и регионального уровня, коммерческих организаций (аптеки, дистрибуторы, производители), многообразия процедур государственного регулирования фармацевтического рынка, влияющих на качество организации оказания гражданам медицинской помощи, рабочая группа инспекторов предложила изучить процесс организации лекарственного обеспечения на всех его этапах.

Таким образом, основой аудита эффективности являлось исследование эффективности использования бюджетных средств и организации лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан от производителей медикаментов до их отпуска потребителям (пациентам).

В организации контрольного мероприятия, было предложено задействовать при подготовке программы аудита эффективности научный метод «Дерево целей» трансформировав его в «Дерево вопросов». Это позволяло, используя опыт зарубежных коллег, провести оценку эффективности реализации задач по ОНЛС ОКГ на каждом из этапов движения лекарственных препаратов с одной стороны и организации медицинской помощи ОКГ, нуждающимся в медикаментах, с другой стороны.

Кроме того, универсальность метода «Дерево вопросов» позволяет охватить оценкой эффективности деятельность органов исполнительной власти в сфере здравоохранения на федеральном и региональном уровнях, а также других организаций-участников процесса лекарственного обеспечения, использующих бюджетные средства при реализации государственного проекта ОНЛС ОКГ.

На момент принятия решения о проведении аудита эффективности, действующим нормативным документом Счетной палаты Российской Федерации являлись Временные методические рекомендации, утвержденные в 2007 году.

По результатам работы предложено дополнить методологию аудита эффективности использования государственных средств на лекарственное обеспечение граждан следующими элементами [56; 88]:

1. Разработки «Дерева вопросов» (формирование вопросов проверки).
2. Формирования показателей и критериев их оценки, исходя из вопросов проверки (Дерево вопросов), которые устанавливаются с учетом действующих нормативных правовых актов и предложений группы экспертов.
3. Формирования матрица исследования (описание этапов проведения контрольного мероприятия) по каждому вопросу (показателю).
4. Включения в перечень объектов исследования (аудита) коммерческих организаций, задействованных в ДЛО/ОНЛС.
5. Формирования аудиторских доказательств за счет результатов социологических опросов и анкетирования, проведения фокус-групп и других методов изучения общественного мнения.
6. Включения в перечень предметов исследования, процессы регистрации лекарственных препаратов и цен на них, организации контроля качества лекарственных препаратов и пр.
7. Формирования матрицы рисков.
8. Утверждения графика (дорожная карта) проведения аудита эффективности от планирования до подготовки отчета о проведении контрольного мероприятия.
9. Расчета затрат и ресурсов, необходимых Счетной палате для проведения аудита эффективности.
10. Формирования отчета о проведении аудита эффективности, в соответствии со структурой «Дерева вопросов».

Предложенная методология позволяет использовать различные методы анализа значительного массива данных и метод «Дерево вопросов», положенный в ее основу, с его иерархичной структурой подчиненных, взаимоисключающих вопросов, подразумевающих ответ на основе двоичной системы исчисления (да/нет), обеспечивает разработку единой программы исследования (контрольного мероприятия) одновременно на разных объектах проверки.

Одним из приемов получения достаточных и достоверных аудиторских доказательств, заложенным в единую программу, является способ включения

одинаковых вопросов исследования для проверки на разных объектах, находящихся на одной или по разные стороны реализации системы ОНЛС.

Таким образом, создаются базовые условия, позволяющие обеспечить перепроверку достоверности информации по одному и тому же вопросу, получаемую из разных источников и с разных ракурсов, собрать дополнительные аудиторские доказательства.

Впоследствии этот прием был закреплён как рекомендация в стандарте Счетной палаты СГА 104 «... для того, чтобы доказательства ... являлись убедительными, целесообразно, чтобы они были получены из различных источников и представлены в разнообразных формах ...» [44].

### ***1. Дерево вопросов (формирование вопросов проверки).***

При разработке «Дерева вопросов», с учетом утвержденной темы аудита эффективности, следует определить главный вопрос, так как от этого зависит формулировка направлений («ветвей» и «листьев»), т.е. вопросов первого, второго и последующих уровней (количество уровней определяется исходя из достаточности глубины исследования темы).

Понимая, что главной целью выделения средств на систему ОНЛС из федерального бюджета является максимальное удовлетворение потребности отдельных категорий граждан в получении необходимых им лекарственных препаратов, то с учетом этого была предложена следующая формулировка главного вопроса: *Обеспечены ли отдельные категории граждан, имеющие право на получение государственной социальной помощи лекарственными средствами, которые отпускаются по рецептам врача (фельдшера) при оказании дополнительной медицинской помощи?*

Исходя из формулировки главного вопроса и направлений проведения контрольного мероприятия, сформулированы базовые вопросы – вопросы первого уровня, что представлено в таблице 2.

Таблица 2 - Формирование вопросов первого уровня «Дерева вопросов»

Главный вопрос	Вопросы первого уровня
Обеспечены ли отдельные категории граждан, имеющие право на получение государственной социальной помощи лекарственными средствами, которые отпускаются по рецептам врача (фельдшера) при оказании дополнительной медицинской помощи?	1. Выписываются ли необходимые лекарственные средства, включенные в перечень отдельным категориям граждан?
	2. Получают ли отдельные категории граждан лекарственные средства по выписанным им рецептам?
	3. Существует ли эффективный механизм координации и регулирования работы всех организаций, участвующих в программе лекарственного обеспечения?

Источник: составлено автором по материалам [56].

Таким образом, данное исследование в рамках аудита эффективности, получило три основных направления:

1) Оценка качества оказания гражданам медицинской помощи, которая включает в себя оценку ряда организационных мероприятий, связанных с обеспечением граждан лекарственными препаратами.

2) Оценка качества организации системы лекарственного обеспечения, ее логистика, включая производство и доставку лекарственных препаратов в аптечные организации, а также устойчивости системы финансирования процессов, связанных с лекарственным обеспечением.

3) Оценка управления процессом лекарственного обеспечения, взаимодействия организаций разного уровня управления, организации мониторинга процесса.

Все эти вопросы, с некоторыми корректировками, являются актуальными и при проведении последующих контрольных мероприятий по оценке эффективности расходования бюджетных средств на лекарственное обеспечение ОКГ.

Каждое из направлений получило свое развитие при формулировании вопросов следующего (второго) уровня, что представлено в таблице 3, а в дальнейшем и последующих уровнях до момента, позволяющего четко определиться с формулировкой показателя и критерием его оценки.



Таблица 3 - Формирование вопросов второго уровня «Дерева вопросов»

Вопросы первого уровня	Вопросы второго уровня
Выписываются ли необходимые лекарственные средства, включенные в перечень отдельным категориям граждан?	1.1. Обеспечена ли доступность граждан к получению надлежащей медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях и к врачам для получения рецептов на лекарственные средства?
	1.2. Соответствует ли перечень лекарственных средств, которыми обеспечиваются граждане, их потребностям при получении медицинской помощи?
Получают ли отдельные категории граждан лекарственные средства по выписанным им рецептам?	2.1. Обеспечена ли доступность граждан к реализации выписанных рецептов на лекарственные средства в аптечных учреждениях?
	2.2. Позволяет ли существующая система организации лекарственного обеспечения граждан эффективно управлять финансовыми средствами?
Существует ли эффективный механизм координации и регулирования работы всех организаций, участвующих в программе лекарственного обеспечения?	3.1. Правильно ли выбраны показатели, по которым осуществляются мониторинг, контроль и надзор реализации программы лекарственного обеспечения?
	3.2. Принимаются ли действенные меры по результатам мероприятий, проводимым в области мониторинга, контроля и надзора за лекарственным обеспечением граждан?

Источник: составлено автором по материалам [56].

Предложенная в ходе исследования структура «Дерева вопросов» отличалась от классического представления структуры аудита эффективности: экономичность, продуктивность и результативность, однако, в каждом из направлений исследования можно выделить вопросы, относящиеся к тому, либо иному направлению структуры аудита эффективности.

Так, например, к основным показателям экономичности отнесены вопросы, связанные с ценообразованием на лекарственные препараты, допуском на российский фармацевтический рынок дешевых аналогов лекарственных препаратов, включенных в перечень для отпуска отдельным категориям граждан и их наличия в аптечных организациях. Отдельное внимание при проверке уделено вопросам формирования надбавок к ценам на лекарственные препараты, которые являлись доходом для уполномоченных фармацевтических организаций, отвечающих за доставку лекарственных препаратов от производителя до пациента (отпуска пациентам ЛП в аптечной организации) и т.д.

Показатели продуктивности характеризовали качество организации доступности граждан к медицинской помощи и своевременному получению ими

лекарственных препаратов в аптечных организациях, формирование перечня лекарственных препаратов для отпуска ОКГ в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи и т.д.

Результативность оценивалась исходя из уровня удовлетворенности ОКГ, оказываемой им медицинской помощи и своевременному получению необходимых им лекарственных препаратов. Одним из основных показателей результативности являлось отношение численности граждан, ежегодно остающихся в системе ОНЛС по отношению к численности граждан, имеющих право на бесплатное лекарственное обеспечение.

***2. Показатели и нормативные критерии оценки (сформированы на основе действующих нормативных правовых актов и предложений группы экспертов).***

Формирование «Дерева вопросов» позволило выявить, что не каждый показатель, сформулированный на основании вопроса, имеет критерий оценки, утвержденный в нормативных правовых актах, а, следовательно, не рассматривается участниками системы ОНЛС как показатель оценки их деятельности. Отсутствовали также инструменты, необходимые для сбора данных, на основе которых можно было рассчитать такой показатель.

Подключение к работе аудиторов внешних экспертов, в том числе из проверяемых организаций, позволило увеличить количество и обеспечить качество оценочных показателей, разработать под них инструменты сбора и обработки данных, обеспечить достоверность полученных значений.

Элементы методологии аудита эффективности в части применения вновь разработанных показателей и критериев их оценки требуют их практической апробации, что и было предложено по результатам исследования при планировании контрольных мероприятий. Пилотная проверка в одном из субъектов Российской Федерации позволила доработать формулировки показателей, определить значения критериев оценки, отработать механизмы сбора и обработки аудиторских доказательств, обеспечить их достоверность и объективность, что отражено в таблице 4.

Таблица 4 - Пример формирование показателя и критерия оценки его значения

Наименование показателя	Расчет показателя	Критерий оценки
Уровень обеспечения ОКГ лекарственными препаратами по рецептам, предъявленным в аптечную организацию, в течение 15 дней от даты выписки рецепта	Доля рецептов, по которым срок между датой отпуска ЛП в аптеке и датой выписки рецепта составляет не более 15 дней от общего количества обслуженных рецептов	Удовлетворительный уровень - более 90%
Уровень цен на лекарственные препараты, включенные в перечень ОНЛС по отношению к уровню цен ЛП в аптечных организациях, поставленных по коммерческим контрактам	Отношение цен на те же самые ЛП (торговое наименование, лекарственная форма, дозировка и упаковка) в перечне ОНЛС и в свободной продаже в аптечной организации	Удовлетворительный уровень – менее единицы

Источник: составлено автором по материалам [56].

Достоверность аудиторских доказательств имеет решающее значение при формировании выводов и рекомендаций по результатам контрольного мероприятия, поэтому при проведении аудита эффективности особое внимание уделялось методам получения данных и их обработки.

В качестве примера можно привести два разных подхода к оценке вопроса качества обеспечения ОКГ лекарственными препаратами и увидеть разницу в оценке результата, полученного на основе метода, утвержденного Минздравом России и метода, предложенного на основе пилотного исследования методов сбора и расчета показателей.

Так, по методике, утвержденной высшим органом исполнительной власти в сфере здравоохранения, показатель «Уровень обеспечения лекарственными препаратами по рецептам, предъявленным в аптечную организацию, в течение 10 дней» должен составлять не менее 90%. Он рассчитывается как отношение количества предъявленных рецептов к количеству рецептов, по которым ОКГ отпущены лекарственные препараты. Согласно отчетным данным, практически во всех субъектах Российской Федерации значение показателя составляло 90% и выше. Как показали проверки, достоверность отчетных данных проверить было невозможно из-за отсутствия в аптечных организациях учета всех предъявленных гражданами рецептов, выписанных врачом.

В результате исследования предложен иной подход к расчету этого важного показателя. Благодаря наличию централизованной информационной системы учета всех рецептов, по которым были отпущены и оплачены лекарственные препараты (подтверждение выполнения услуги) можно было отследить дату выписки рецепта и дату отпуска препарата в аптеке. Исходя из этого, была предложена иная формулировка показателя, что представлено в таблице 5.

Таблица 5 - Пример формирования показателей, критериев оценки, сбора и обработки данных и сравнение полученных результатов

Варианты	Показатель	Критерий оценки	Расчет	Результат КМ
Вариант утвержденный методикой Минздрава РФ	Уровень обеспечения лекарственными препаратами по рецептам, предъявленным в аптечную организацию, в течение 10 дней	Более 90%	Доля рецептов, по которым отпущены лекарственные препараты от общего количества рецептов, предъявленных в аптеку	В большинстве субъектов РФ значение показателя составило 90% и выше
Вариант предложенный в результате изучения материалов для аудита эффективности	Уровень обеспечения лекарственными препаратами по рецептам, предъявленным в аптечную организацию, в течение 15 дней от даты выписки рецепта	Более 90%	Доля рецептов, по которым сроки между датой отпуска ЛП в аптеке и датой выписки рецепта составили 15 дней и менее от общего количества обслуженных рецептов	Значение показателя в зависимости от наименования лекарственного препарата и субъекта РФ составило от 65% до 94%

Источник: составлено автором по материалам [56].

Дополнительные 5 дней были добавлены на основе результатов предварительного анализа документов, как максимальное время, необходимое пациенту для предъявления выписанного рецепта в аптечную организацию.

Следует отметить, что в информационной системе также вводилась дата обращения пациента с рецептом в аптечную организацию, но в 99% случаев она совпадала с датой отпуска лекарственного препарата, что, как показали контрольные проверки, не соответствовало действительности.

Результаты контрольного мероприятия впоследствии показали различия в оценке результатов по разным методикам и более высокую объективность

аудиторских доказательств по методике Счетной палаты. Кроме того, было установлено, что от 10 до 20 процентов рецептов, выписанных врачом, в аптечных организациях не предъявлены или по ним лекарственные препараты не отпускались.

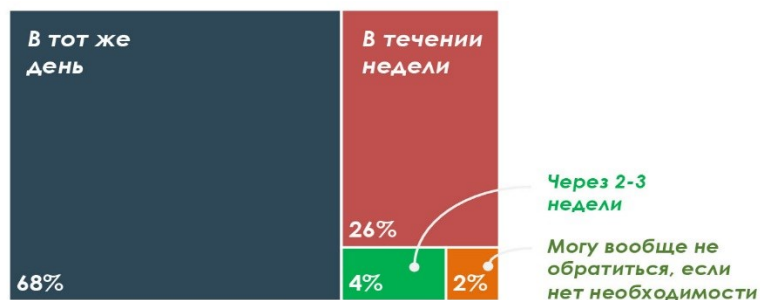
Дополнительные исследования за счет дополнительных вопросов в «Дереве вопросов» позволили установить причины расхождений между количеством рецептов, выписанных врачом и предъявленных в аптечную организацию.

В дополнении к результатам проверки на объекте исследования, в качестве проверочного источника информации был выбран социологический опрос граждан, который служит одним из методов сбора аудиторских доказательств.

В целях повышения объективности результата, исключения ответственности пациентов за не предъявление рецептов в аптеку или их позднего обращения с выписанными рецептами в аптечную организацию, один из вопросов социологического опроса сформулирован следующим образом: «Как скоро вы обращаетесь с выписанным рецептом на лекарственное средство в аптечное учреждение?». Ответы граждан подтвердили, что более 94% граждан обращается в аптечную организацию в течение 5 дней, остальные 6% в течение 2-3-х недель. Это подтвердило, что все пациенты обращаются с выписанными рецептами в аптечную организацию, но далеко не все рецепты ставятся в аптеке на учет в случае отсутствия лекарственного препарата в аптеке в момент обращения пациента. Результаты социального опроса граждан представлены на рисунке 1.

Как скоро вы обращаетесь с выписанным рецептом на лекарственное средство в аптечное учреждение ?

**Более 94% граждан обращаются в аптеку в течение первой недели**



Как вы поступаете при отсутствии в аптеках какого-либо препарата, выписанного по льготному рецепту ?

**Лишь 58% граждан оставляют рецепты в аптеке и ожидают поступления лекарственного препарата**



Источник: составлено автором по материалам [56].

Рисунок 1 – Результаты социологического опроса граждан

Дальнейшие исследования и результаты социологического опроса показали, что причиной расхождения между количеством рецептов выписанных и предъявленных ОКГ в аптечную организацию, в основном являлось отсутствие в аптеке необходимого гражданину лекарственного препарата в момент предъявления рецепта. В результате гражданин приобретал лекарственный препарат за собственные средства (согласно данным социологического отчета это делали 42% граждан) и в дальнейшем мог не обращаться за получением медикамента на основании, имеющегося у него рецепта. В остальных случаях гражданин ожидал появления препарата в аптечной организации, но при этом рецепт не всегда оставался для учета в аптеке, так как граждане надеялись найти нужный им препарат в другой аптеке быстрее. Срок действия рецепта врача истекал через 30 дней (потом Минздрав России продлил срок до 45 дней) и гражданин терял право на получение препарата. Чтобы получить препарат гражданину приходилось вновь обращаться к врачу в медицинскую организацию за получением нового рецепта. Первично выписанные рецепты не учитывались в варианте Минздрава России при расчете значения показателя «Уровень обеспечения лекарственными препаратами по рецептам, предъявленным в аптечную организацию», в результате чего значения показателя оказались завышенными.

Таким образом, подтвердилась рациональность подхода к выбору показателя и формуле его расчета, по варианту, предложенному в исследовании. Аналогичным образом проводилась работа над формулировками по всем показателям и критериям оценки для них.

### ***3. Матрица исследования (проведения контрольного мероприятия) по каждому вопросу (показателю).***

Следующим важным элементом аудита эффективности является матрица исследования и обработки результатов контрольного мероприятия, которая практически является пошаговой инструкцией сбора и анализа данных, получаемых в ходе контрольного мероприятия по каждому показателю, по каждому вопросу исследования (контроля).

В матрице описываются источники требуемой информации, методы сбора и обработки полученной информации, возможные риски и ограничения в ходе

проведения контрольного мероприятия, ожидаемые результаты по итогам анализа полученной информации, пример представлен в таблице 6.

Таблица 6 - Пример формирования матрицы по одному из показателей

Наименование действия	Сущность действия	Показатель (пример)
Выбор вопроса исследования	Что именно хотим узнать?	Уровень обеспечения лекарственными препаратами (ЛП) по рецептам, предъявленным в аптечную организацию, в течение 15 дней от даты выписки рецепта
Выбор критерия оценки	Какие нормативные правовые акты или источники информации служат основой для выбора критериев оценки?	Методика Минздрава РФ и Росздравнадзора «...» Уровень удовлетворительного обеспечения - более 90%
Выбор фактов/доказательств для ответа на вопрос	Какие факты/доказательства служат предметом для оценки?	Учетные документы о выписке рецептов и отпуске лекарственных препаратов в аптеке, реестры счетов за отпущенные ЛП
Определение перечня источников информации для сбора фактов/доказательств	В какие организации следует обратиться за получением фактов/доказательств?	МЗ РФ, Росздравнадзор, ФФОМС, ТФОМС, органы исполнительной власти в сфере здравоохранения субъекта РФ, медицинские, фармацевтические и аптечные организации, ОКГ
Выбор методов сбора информации	Каким образом может быть получена необходимая информация?	Контрольная проверка, запрос данных, социологический опрос граждан, фокус-группы, анкетирование врачей
Выбор методов анализа информации/данных	Какие методы должны быть задействованы для обработки и анализа информации/данных?	Математико-статистическая и аналитическая обработка данных, экспертная оценка
Определение возможных рисков и ограничений по сбору и обработке данных	Что может быть не проверено, какие могут быть ограничения при сборе и обработке данных и т.д.?	Отсутствие информации о выписанных, но не предъявленных ОКГ рецептов в аптеку
Анализ результатов	Что можно ожидать по итогам сбора и обработки информации/данных?	Оценить долю рецептов, предъявленных в аптеку из общего числа выписанных рецептов и период ожидания гражданином на отпуск ЛП

Источник: составлено автором по материалам [56].

Представленный пример матрицы показывает, что аудиторские доказательства по одному показателю могут быть получены из разных источников и учитываются при анализе полученных результатов.

#### **4. Перечень объектов исследования.**

Изучение темы аудита эффективности на предварительном этапе, формирование «Дерева вопросов», показателей и матрицы, позволяют определить основной перечень объектов контрольного мероприятия и уточнить предмет исследования. Таким образом, в перечень объектов аудита удастся включить всех основных участников проекта/проекта. В случае с проведением аудита эффективности, касающегося лекарственного обеспечения ОКГ, определены организации, ответственные за эффективное использование бюджетных средств и своевременное удовлетворение в полном объеме потребности ОКГ в лекарственных препаратах, перечень которых представлен в таблице 7.

Таблица 7 - Перечень организаций, участвующих в реализации проекта по ОНЛС ОКГ и основные зоны их ответственности (в период 2005-2009 гг.)

Уровень	Наименование организации	Основные зоны ответственности
Ф	Минздравсоцразвития России	Общее руководство политикой в сфере здравоохранения, координация процесса реализации ОНЛС; Формирование перечня ЛП
Ф	Росздравнадзор	Регистрация и допуск на фармацевтический рынок лекарственных препаратов; Формирование цен на ЛП; Контроль реализации проекта ОНЛС ОКГ
Ф	Федеральный фонд обязательного медицинского страхования	Финансирование проекта ОНЛС ОКГ через территориальные фонды ОМС; Учет и контроль финансирования
Ф	Федеральные государственные учреждения (ФГУ), подведомственные Росздравнадзору	Экспертиза при регистрации ЛП; Контроль качества ЛП; Лицензирование фармацевтических организаций
Р	Орган исполнительной власти субъектов РФ в сфере здравоохранения	Организация медицинской помощи ОКГ, формирование потребности в ЛП
Р	Территориальные фонды ОМС	Финансовое обеспечение поставки ЛП
Р	Уполномоченные фармацевтические организации	Организация закупки ЛП у производителей и их поставка в аптечные организации
Р	Аптечные организации	Отпуск ЛП ОКГ по рецептам врача
Р	Медицинские организации	Оказание ОКГ медицинской помощи и выписка рецептов на ЛП
Ф	Производители лекарственных препаратов (российские и зарубежные)	Производство ЛП и их поставка по контрактам с уполномоченными фармацевтическими организациями
Примечание – Ф – федеральный уровень, Р – региональный уровень, ЛП – лекарственные препараты		

Источник: составлено автором по материалам [56].



В связи с важностью вопроса о качестве взаимодействия между государственными и частными организациями в процессе обеспечения ОКГ лекарственными препаратами, предложено включить в перечень объектов аудита коммерческие организации, использующие бюджетные средства (федеральный и региональный уровни).

### **5. Изучение общественного мнения**

Для ответа на вопросы, включенные в «Дерево вопросов» и получения дополнительных аудиторских доказательств в соответствии с программой аудита эффективности, учитывалось мнение общественных организаций, т.е. различного ассоциаций-участников фармацевтического рынка, а также врачей и граждан, объединенных в профессиональные группы и ассоциации о ходе реализации проекта ОНЛС ОКГ. В настоящее время общественное мнение является одним из основных индикаторов оценки государственной программы (проекта).

В работе было предложено дополнить методологию аудита эффективности рядом обязательных элементов, таких как проведение фокус-групп и реер-групп с участниками фармацевтического рынка (производители, фармацевтические фирмы, ассоциации) и социологических опросов граждан, а также анкетирование медицинских работников, что позволило расширить круг поставщиков аудиторских доказательств о реализации ОНЛС ОКГ, перечень групп представлен в таблице 8.

Таблица 8 - Дополнительный перечень объектов - участников проекта по ОНЛС ОКГ, которые оказывают влияние на его реализацию

Наименование	Степень участия
Ассоциации производителей и дистрибуторов	Представление интересов производителей и/или дистрибуторов в исполнительных и других органах государственной власти, связь с общественностью и другие функции
Ассоциации медицинских работников	Представление интересов врачебного сообщества, координация действий
Ассоциации представителей больных по отдельным нозологическим группам	Представление интересов групп больных с определенными заболеваниями
Врачи и медицинские работники	Оказание пациентам медицинской помощи
Отдельные категории граждан, имеющие право на получение государственной социальной помощи	Граждане, которым оказывается медицинская помощь и нуждающиеся в лекарственных препаратах

Источник: составлено автором по материалам [56].

В целях обеспечения достоверности и объективности выводов по результатам контрольного мероприятия, в условиях большого количества организаций-участников, задействованных в системе ОНЛС, ассортимента лекарственных препаратов, отпускаемых гражданам и других параметров, потребовалось принятие решения о применении метода репрезентативной выборки для выбора объектов и предметов исследования.

В качестве основных параметров для репрезентативной выборки предложено установить объем бюджетных средств в размере не менее 20% от общего объема финансирования системы ОНЛС в год.

Предложено направить запросы во все федеральные округа, выбрав по 2 субъекта Российской Федерации в каждом. Запросы были подготовлены по единой форме, установленной для всех объектов контрольного мероприятия.

Для повышения объективности аудиторских доказательств и достоверности ответов по запросам предложено провести контрольные мероприятия в двух субъектах Российской Федерации.

В результате аудиторские доказательства были собраны в 14 субъектах Российской Федерации с охватом всех федеральных округов.

#### ***6. Перечень предметов исследования.***

Выбор лекарственных препаратов, которые позволили бы объективно оценить качество обеспечения ими ОКГ, представлял наиболее сложную задачу. В утвержденный Минздравом России перечень препаратов для обеспечения ОКГ внесено около 500 международных непатентованных наименований (МНН). Таким образом, ОКГ имели выбор лекарственных препаратов из более, чем 1500 торговых наименований (далее - ТН) различных фармацевтических производителей, имеющих различные лекарственные формы, дозировки и размер упаковки.

Выбору препаратов способствовали результаты научно-исследовательской работы, проведенной по заказу Федерального фонда обязательного медицинского страхования. Исследователи на основе модификации принципа Парето и ABC/VEN анализа разделили лекарственные препараты, отпускаемые ОКГ на три группы (А – 50%, В – 30% и С – 20%) по количеству потребления в упаковках и по объему финансовых затрат на их отпуск ОКГ, в результате получено распределение лекарственных препаратов, представленное в таблице 9.

Таблица 9 - Данные о количестве лекарственных препаратов, отнесенных к каждой из групп, сформированных на основе принципа Парето

Принцип Парето (ABC – анализ)	A = 50%	B = 30%	C = 20%
По количеству отпущенных упаковок лекарственных препаратов	29	65	455
По объему стоимости отпущенных лекарственных препаратов	32	57	460

Источник: составлено автором по материалам [56].

На основании результатов НИР для проведения контрольного мероприятия выбрано 15 наименований (МНН) лекарственных препаратов, входящих в группы АА - 9, АВ – 3 и ВА - 3, что позволяло проводить исследования по обеспечению ОКГ лекарственными препаратами более 80 торговых наименований на всех объектах проверки, результат представлен на рисунке 2.



Источник: составлено автором по материалам [56].

Рисунок 2 – Принцип выбора лекарственных препаратов, отпущенных ОКГ для контрольного мероприятия

Выбранные объекты проверки в 14 субъектах Российской Федерации на предмет эффективности обеспечения ОКГ 80 лекарственными препаратами (по ТН) позволили обеспечить охват, при проведении аудита эффективности, более 25% годового объема бюджетных средств, выделенных из федерального бюджета.

### 7. Матрица рисков.

Определение рисков является важным элементом методологии аудита эффективности. Можно выделить два основных вида матриц:

- матрица рисков, которые могут повлиять на достоверность и качество контрольного мероприятия;

- матрица внешних и внутренних рисков, которые выявляются аудиторами в ходе проверки и которые могут оказать влияние на достижение объектом проверки запланированных результатов.

Наличие матрицы рисков позволяет планировать работу инспекторов и аудиторов в ходе контрольного мероприятия, так чтобы иметь возможность больше внимания уделить сбору аудиторских доказательств, относящихся к деятельности с наибольшими зонами риска.

Каждая из матриц содержит перечень факторов риска по степени важности их влияния на конечный результат и по вероятности наступления рискового события, пример матрицы представлен в таблице 10.

Таблица 10 - Матрица рисков, влияющих на достоверность и качество контрольного мероприятия (ОНЛС ОКГ)

Риски по степени влияния на результат проверки				
	Уровень риска	Низкий/А	Средний/В	Высокий/С
	1	2	3	4
Риски по вероятности наступления	Низкий/А	Большое количество организаций, к которым придется обращаться в ходе аудита для получения информации	Структурная реорганизация на проверяемых объектах	Отсутствие на объекте проверки достаточного объема документов, позволяющих оценить качество обеспечения аптек препаратами
	Средний/В	Отсутствие специалистов, которые могли бы представить полные данные и дать объяснения по отдельным процессам реализации ОНЛС	Отсутствие достаточного количества статистических и других данных, касающихся обеспечения граждан медицинскими организациями, врачами и аптеками в отдельных регионах	Отсутствие информации о причинах неполного удовлетворения фармацевтическими организациями заявок медицинских организаций на лекарственные препараты

Продолжение таблицы 10

	1	2	3	4
Риски по вероятности наступления	Высокий/С	Отсутствие стандартов оказания медицинской помощи по лечению отдельных видов заболеваний, чтобы определить целесообразность включения в перечень ОНЛС того или иного препарата	Отсутствие информации о возможных проблемах ОКГ в случае выписки врачом рецепта на лекарственное средство, которое находится в перечне, но отсутствует в аптеке	Невозможно оценить количество граждан, которым противопоказана синонимическая или аналоговая замена выписанных лекарственных средств на более дешевые

Источник: составлено автором по материалам [56].

Кроме того, необходимо предусмотреть создание матрицы управления рисками, в которой следует указать возможные решения по исправлению ситуации, в случае наступления рисков, внесенных в матрицу, пример такой матрицы приведен в таблице 11.

Таблица 11 - Пример матрицы управления рисками, влияющих на достоверность и качество контрольного мероприятия (ОНЛС ОКГ)

Наименование рисков		Результат наступления рисков	Управление рисками/Принимаемые меры
1СС	Невозможно оценить количество граждан, которым противопоказана синонимическая или аналоговая замена выписанных лекарственных средств на более дешевые	Появятся трудности в объективной оценке экономии финансовых средств в случае замены лекарственного средства на более дешевый синоним или аналог	Анализ данных о потреблении тех же самых лекарственных средств в различных регионах при аналогичном количестве граждан, имеющих то же заболевание, что позволит произвести расчеты с определенной степенью точности
2ВС	Отсутствие информации о возможных проблемах ОКГ в случае выписки врачом рецепта на лекарственное средство, которое находится в перечне, но отсутствует в аптеке	Возможны трудности с оценкой причины, по которой гражданин не смог быть обеспечен необходимым ему лекарственным средством	С целью косвенного подтверждения данных проблем следует провести сравнение поставляемых, потребляемых и находящихся в перечне лекарственных средств, а также установить факт наличия очередей ожидания лекарственных средств в аптеках

Источник: составлено автором по материалам [56].

**8. График (дорожная карта) проведения аудита эффективности от планирования до подготовки отчета о проведении контрольного мероприятия.**

Аудит эффективности является контрольным мероприятием, которое включает в себя три этапа (подготовка, проведение и подведение итогов) и чаще всего продолжается от 10 до 14 месяцев. В основном этапы распределены равномерно, но они зависят от количества объектов проверки и численности инспекторов (аудиторов) задействованных в их проведении. Сроки второго этапа (проведение проверки на объектах аудита), как наиболее ресурсозатратного этапа, зависят от уровня проработки первого (подготовительного) этапа, поэтому составление графика (дорожной карты) имеет особое значение для качества и результативности контрольного мероприятия.

С учетом положений стандартов проведения аудита эффективности, в которых рекомендуется разделять проведение контрольного мероприятия на три равных периода, подготовлен примерный график проведения контрольного мероприятия, представленный в таблице 12.

Таблица 12 - Примерный график (дорожной карты) проведения аудита эффективности, рассчитанного на 11 месяцев

Мероприятия	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<b>1. Планирование</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Изучение материалов по теме АЭ	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-
Подготовка программы АЭ	-	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-
Подготовка комплекта документов для проведения АЭ	-	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>2. Проведение проверки</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Сбор и обработка данных на объектах аудита	-	-	-	x	x	x	x	x	-	-	-
Направление запросов	-	-	-	-	x	x	-	-	-	-	-
Сопоставление и анализ информации с разных объектов аудита	-	-	-	-	-	x	x	x	x	-	-
Проведение анкетирования, социологических опросов и пр.	-	-	-	-	-	x	x	x	-	-	-
<b>3. Подготовка отчета</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Совещания с экспертами и инспекторами, проводящими АЭ	x	-	x	-	x	-	x	-	x	-	x
Подготовка проекта отчета	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	
Представление отчета на Коллегию	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x

Источник: составлено автором по материалам [56].

Согласно представленному графику подготовка отчета составляет практически 30% от общего времени проведения аудита, т.е. около 3-4 месяцев.

### **9. Список (расчет) затрат и ресурсов, необходимых для проведения аудита эффективности.**

Проведение аудита эффективности — это всегда большая и дорогостоящая работа, так как к контрольному мероприятию привлекается большое количество разнообразных специалистов и экспертов. В ходе аудита анализируется обширный объем материалов, требующих иной раз специальных программ для обработки, проводятся проверки с большим количеством командировок сотрудников контрольно-счетных органов на объекты аудита, организуются социологические опросы, анкетирование и т.д. Используется в основном два вида ресурсов: финансовые и кадровые.

Для расчета потребности в ресурсах используется дорожная карта, которая как примерный образец, представлена в таблице 13.

Таблица 13 - Примерный расчет ресурсов, необходимых для проведения аудита эффективности, трудозатраты (период по месяцам указан выборочно) и финансирование

Мероприятия по проведению аудита эффективности (АЭ)	Трудозатраты (человеко-дней)								Млн рублей		
	1	3	6	7	8	9	10	11	КСТ	К	ВУ
<b>1. Планирование</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Изучение материалов по теме АЭ	20	30	30	-	-	-	-	-	-	1,4	-
Подготовка программы АЭ	-	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Подготовка комплекта документов для проведения АЭ	-	40	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>2. Проведение проверки</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Сбор и обработка данных на объектах аудита	-	-	90	90	90	-	-	-	12,2	-	-
Направление запросов	-	-	30	-	-	-	-	-	-	-	-
Сопоставление и анализ информации с разных объектов аудита	-	-	40	40	40	-	-	-	-	-	0,7
Проведение анкетирования, социологических опросов и пр.	-	-	30	30	30	-	-	-	-	-	3,5
<b>3. Подготовка отчета</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Совещания с экспертами и инспекторами	-	-	-	-	-	40	-	20	-	0,8	-
Подготовка проекта отчета	-	-	-	-	20	50	30	-	-	-	0,3
Представление отчета на Коллегию	-	-	-	-	-	-	20	20	-	-	-
Итого:	20	90	220	160	180	90	50	40	12,2	2,2	4,5
Всего:	Трудозатраты: <b>850</b> человеко-дней								Финансирование: <b>18,9</b>		
Примечание - КСТ – командировочные и транспорт, К – консультации экспертов, ВУ – внешние услуги (социологические опросы, анкетирование и т.д.)											

Источник: составлено автором по материалам [56].

Потребность в кадровых ресурсах расписывается по каждому мероприятию и на каждый период времени, исходя из этого рассчитывается и стоимость использования собственных кадровых ресурсов и услуг посторонних организаций.

***10. Отчет о проведении аудита эффективности, подготовленный в соответствии со структурой «Дерева вопросов».***

Стандартами Счетной палаты предусмотрена традиционная форма отчета, в которой результаты излагаются в соответствии с программой контрольного мероприятия.

В результате изучения зарубежного опыта, было предложено сформировать отчет в соответствии со структурой «Дерева вопросов» и кроме того вынести в начало отчета описание актуальности темы аудита эффективности, выводы и рекомендации высшим и региональным органам исполнительной власти, сделанные по результатам контрольного мероприятия.

Предложенная структура отчета отличается от стандартной, принятой в Счетной палате. Однако, учитывая широкую заинтересованность различных кругов общества в результатах аудита эффективности, в том числе и не специалистов в сфере здравоохранения, было решено, что она позволит читателям в простой и доступной форме ознакомиться с основными выводами и предложениями. А в случае их заинтересованности в более глубоком погружении в тему, каждый читатель сможет найти для себя ответы в соответствующих разделах отчета.

В отчете, подготовленном по результатам аудита эффективности, представлен глубокий анализ процессов реализации проекта ОНЛС и оценка их эффективности. Приводится информация об объеме использованных бюджетных средств, охвате лекарственным обеспечением граждан и другие основные параметры реализации системы ОНЛС. Широко представлены выдержки из актов контрольных мероприятий, из ответов федеральных и региональных органов исполнительной власти в сфере здравоохранения, результатов социологических опросов, мнений участников фокус-групп и пр.

Предложено включить в отчет описание методологии аудита эффективности, методов сбора и анализа данных на основании, которых сделаны выводы и рекомендации по итогам контрольного мероприятия. Структура отчета представлена в таблице 14.



Таблица 14 – Примерная структура отчета по результатам аудита эффективности

Отчет о результатах аудита эффективности использования государственных ресурсов, направленных на ...	
Название раздела	Основное описание
Актуальность темы	Представлена общая информация по теме исследования и необходимость проведения аудита эффективности (цели, задачи)
Выводы	Перечисление выводов, сделанных по итогам проведения АЭ
Рекомендации	Рекомендации органам исполнительной власти и другим организациям, ответственным за использование государственных ресурсов
Введение	Краткое описание содержания отчета
Часть 1	Описание результатов АЭ по направлению 1 «Дерева вопросов»
Часть 2	Описание результатов АЭ по направлению 2 «Дерева вопросов»
Часть X	Описание результатов АЭ по направлению X «Дерева вопросов»
Заключение	Подведение итогов проведения АЭ с общей оценкой эффективности использования государственных ресурсов
Глоссарий	Перечень сокращений, использованных в АЭ
Методология	Описание методов подготовки, проведения и анализа данных, полученных в ходе АЭ, выбора объектов проверки и т.д.
Приложение	Представлены наиболее важные таблицы, диаграммы, результаты социологических опросов, использованные в ходе проведения АЭ

Источник: составлено автором по материалам [56].

Представленная структура элементов методологии аудита эффективности, соответствует методологии научного исследования. Это подтверждает возможность использования методологии аудита эффективности не только для проведения контрольных мероприятий, но и в качестве инструмента исследования, на основании которого можно делать выводы о перспективах реализации государственных программ и проектов, обоснованности и достаточности ресурсов на их реализацию, возможности достижения ожидаемых результатов.

### **3.2 Влияние результатов проведения контрольных мероприятий с использованием метода «Дерева вопросов» на принятие решений по вопросам совершенствования системы лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан Российской Федерации**

Впервые аудит эффективности с использованием метода «Дерево вопросов» и других новых элементов методологии аудита, проведен Счетной палатой в 2007 - 2008 гг. и касался оценки эффективности использования государственных

средств, направленных на обеспечение отдельных категорий граждан лекарственными препаратами.

Использование новых элементов в методологии аудита эффективности, описанных выше, позволило провести анализ основных направлений развития системы здравоохранения и ее финансирования. Изучены процессы государственного регулирования фармацевтического рынка и обращения лекарственных средств, уровень развития отечественной фармацевтической промышленности, которые получили свою оценку по результатам аудита эффективности.

На основе полученных аудиторских доказательств сделаны выводы, что представлено в таблице 15 и озвучены рекомендации в адрес Правительства Российской Федерации, министерств и ведомств, а также органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения, реализация которых оценивалась при проведении последующих контрольных мероприятий.

Таблица 15 – Отдельные выводы по результатам аудита эффективности, проведенного в 2007-2008 гг., аудиторские доказательства и комментарии к выводам

Пункт	Описание
1	2
Вывод 1	Сокращение числа граждан, оставивших за собой право на бесплатное лекарственное обеспечение в 2006 и в 2007 гг., повлекло за собой уменьшение объемов финансовых средств, выделяемых из федерального бюджета. Стоимость лекарственных средств, отпущенных ОКГ, превысила сумму первоначально выделенных на эти цели средств федерального бюджета в 2006 году более чем в два раза, в 2007 году – в 1,5 раза
Аудиторские доказательства	Из федерального бюджета на лекарственное обеспечение ОКГ выделено: В 2005 году – 48,3 млрд рублей, из которых израсходовано 43,3 млрд рублей; В 2006 году – 29,1 млрд рублей, а общая сумма счетов фармацевтических организаций, подлежащих оплате за лекарственные средства, отпущенные гражданам, составила 74,3 млрд рублей; В 2007 году – 34,9 млрд рублей, а стоимость лекарственных средства, отпущенных гражданам, составила 50,8 млрд рублей.
Комментарий	При внедрении системы ОНЛС не были предусмотрены риски значительного сокращения ОКГ, за счет выбора гражданами в пользу ежемесячной денежной выплаты (ЕДВ) из ПФР и рост отпуска гражданам более дорогостоящих лекарственных препаратов. В результате при снижении в период 2005-2007 гг. числа выписанных рецептов со 145,6 до 90,8 млн штук, их средняя стоимость выросла за тот же период с 293,3 до 634,2 рублей, что повлекло за собой увеличение бюджетных обязательств и превышение запланированных объемов расходов федерального бюджета. В 2018-2019 годах, несмотря на ежегодный рост подушевого тарифа и выделения в отдельный блок лекарственное обеспечение рядом дорогостоящих препаратов, по-прежнему, остаются проблемы со своевременным и достаточным лекарственным обеспечением ОКГ

## Продолжение таблицы 15

Вывод 2	Граждане, принимая решение об отказе от дополнительного лекарственного обеспечения в пользу денежной компенсации, руководствовались не только своими материальными интересами или отсутствием регулярной потребности в лекарственных средствах. В значительной степени граждане обосновывали свой отказ многочисленными проблемами, с которыми они сталкивались при получении рецептов на необходимые лекарственные средства в лечебно-профилактических учреждениях и лекарственных средств в аптечных учреждениях. В отдельных случаях граждане вынуждены были закупать необходимые лекарственные средства за счет своих денежных средств
Аудиторские доказательства	В 2005 году правом на бесплатное получение лекарственных препаратов воспользовалось 69,6% граждан из числа, имеющих на это право, а в 2017 году уже только 47,7% граждан. Результаты социологического опроса показали, что граждане недовольны большими очередями к врачам для получения нужного им рецепта (40,0%), отсутствием лекарственных препаратов в аптеках (41,0%) и т.д. В актах о проведении контрольных мероприятий отмечены факты высокой нагрузки у врачей, обслуживающих ОКГ, дефицит в аптеках по целому ряду лекарственных препаратов, предназначенных для лечения ОКГ, несовершенство перечня препаратов для ОКГ, который более, чем на 30% не совпадал с перечнем жизненно важных и необходимых лекарственных препаратов (ЖНВЛП)
Комментарий	Около 70% граждан воспользовались в 2005 году своим правом на бесплатное лекарственное обеспечение, однако, из этого числа более 20% граждан выразили свое неудовлетворение качеством организации системы ОНЛС и предпочли денежную компенсацию. В последующие годы этот процесс продолжился и в 2018 году лишь около 20% граждан остались в системе ОНЛС, так как регулярно нуждаются в лекарственных препаратах, стоимость которых не покрывает ежемесячная денежная выплата.
Вывод 3	Применение в системе ОНЛС, когда стоимость лекарственного препарата полностью покрывается за счет средств федерального бюджета, системы ценообразования, разработанной для регистрации цен производителей, привела к тому, что в системе ОНЛС одинаковые медикаменты разных производителей оплачивались государством по разным ценам. А формирование дистрибуторских надбавок к ценам независимо от стоимости препарата, стимулировало поставщиков к продаже в системе ОНЛС наиболее дорогих лекарственных препаратов, что приводило к повышению необоснованных бюджетных расходов.
Аудиторские доказательства	Установлено, что аптечных организациях цены на отдельные препараты в коммерческом секторе почти на 30% превышали цены тех же самых препаратов, оплачиваемых за счет средств федерального бюджета. Кроме того, анализ цен на лекарственные препараты за рубежом показал, что цены регистрации отдельных медикаментов в России превышает уровень тех же самых медикаментов в некоторых европейских странах.
Комментарий	Система ценообразования на лекарственные препараты, отпускаемые ОКГ за счет средств федерального бюджета, оказалась неэффективной. В 2018-2019 годах проведен очередной пересмотр методики и правил регистрации и перерегистрации цен производителей на лекарственные препараты, включенные в перечень ЖНВЛП

Источник: составлено автором по материалам [56; 88].

Следует обратить внимание, что отдельные выводы, сделанные еще в 2008 году, актуальны и в настоящее время и могут характеризовать состояние проекта ОНЛС ОКГ.

На основании результатов аудита эффективности выводы были сделаны и по оценке состояния развития российской фармацевтической промышленности, качества организации работы медицинских организации при оказании гражданам медицинской помощи, формирования потребности граждан в лекарственных препаратах и т.д.

К числу основных рекомендаций Правительству Российской Федерации можно отнести предложение Счетной палаты о необходимости разработки концепции национальной политики в области лекарственного обеспечения граждан Российской Федерации.

Предложено включить в нее вопросы, касающиеся порядка и механизма формирования перечней лекарственных препаратов, стоимость которых может оплачиваться за счет государственных средств, совершенствования государственного регулирования и контроля ценообразования на лекарственные препараты, выработки принципов возмещения населению стоимости лекарственных средств из федерального бюджета и других общественных финансовых источников и др.

На основании выводов о состоянии российской фармацевтической промышленности, рекомендовано рассмотреть меры государственной поддержки развития отечественной фармацевтической науки и промышленности, с условием приведения уровня производства и качества, производимых в России лекарственных средств, в соответствие с международными стандартами. По мнению Счетной палаты, принятие решений в этой сфере способствовало бы повышению конкурентоспособности отечественной продукции на российском и на международном рынках, а также снижению зависимости отечественного здравоохранения от поставок импортных препаратов.

Рекомендации и предложения в части повышения эффективности расходования бюджетных средств, организации работы с отдельными категориями граждан, государственного регулирования фармацевтического рынка были

адресованы Минздраву России и другим ведомствам, органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения.

Анализ реализации проекта по лекарственному обеспечению отдельных категорий граждан в период с 2005 по 2018 годы показывает, что регулярно растет размер подушевого норматива на ОНЛС ОКГ, снижается численность граждан, нуждающихся в бесплатном лекарственном обеспечении, увеличиваются объемы бюджетного финансирования, что показано в таблице 16, пересматриваются перечни лекарственных препаратов, отпускаемых ОКГ бесплатно и т.д.

Таблица 16 - Изменения численности ОКГ, оставивших за собой право на бесплатное лекарственное обеспечение и финансирования системы ОНЛС за счет средств федерального бюджета

Наименование	2005	2006	2007	2008	2010	2012	2013	2015	2018
Численность граждан, имеющих право на ГСП <sup>1</sup> в виде НСУ <sup>2</sup> , млн человек	14,8	17,0	17,1	16,9	16,8	16,6	16,5	16,3	15,4
Численность ОКГ, оставивших за собой право на ОНЛС, млн человек	10,8	8,6	8,2	5,1	4,2	3,8	3,7	3,5	3,2
Подушевой норматив в месяц, рублей	350	325	417	426	531	604	638	724	831
Объем финансирования ОНЛС, млрд рублей	42,7	74,3	50,8	106,2	114,9	149,3	146,9	118,1	123,9
Объем финансирования из ПФР <sup>3</sup> , млрд рублей	0,0	34,8	44,5	53,6	73,4	82,9	86,3	88,5	89,3
Расходы на 1-го гражданина в год, тысяч рублей	3,9	8,6	6,2	14,4	18,8	25,3	25,5	27,3	28,6
<p>Примечания</p> <p>1 ГСП – государственная социальная помощь</p> <p>2 НСУ – набор социальных услуг</p> <p>3 Объем средств, выплачиваемых из ПФР в качестве ежемесячной денежной выплаты (ЕДВ) ОКГ, отказавшимся от ОНЛС</p>									

Источник: рассчитано автором по материалам [56; 88; 228; 256].

Выводы и предложения, сформированные Счетной палатой по результатам контрольных мероприятий, с использованием методологии аудита эффективности, способствовали принятию ряда управленческих решений на уровне органов законодательной и исполнительной власти Российской Федерации.

Принятые решения обеспечивали совершенствование механизмов государственного регулирования обращения лекарственных препаратов, включая ценообразование, развитие отечественной фармацевтической и медицинской промышленности, повышение доступности граждан к медицинской помощи.

Как показывает анализ мер, принятых Правительством Российской Федерации, Минздравом России, а также другими органами исполнительной власти, в период 2010-2018 годов, часть рекомендаций Счетной палаты учитывается при подготовке законодательных и нормативных правовых актов. Однако, длительные сроки разработки и внедрения новых подходов и положений о функционировании системы здравоохранения и обращения лекарственных препаратов не дают возможности значительно ускорить процесс повышения эффективности расходования государственных средств и повышения качества лекарственного обеспечения населения Российской Федерации.

Еще в 2008 году Счетная палата обратила внимание на одну из проблем реализации программы ДЛО (ОНЛС), связанную с отсутствием единых критериев определения и ведения регистров ОКГ, которые должны обеспечиваться лекарственными препаратами бесплатно или с 50 процентной скидкой в соответствии с действующим законодательством [18]. Именно это обстоятельство привело к значительному сокращению численности граждан, оставшихся в системе ОНЛС. Являясь льготниками в соответствии с двумя нормативными правовыми актами, граждане выбирали денежную компенсацию согласно федерального законодательства и требовали льготные лекарства в соответствии с положениями другого нормативного документа на уровне субъекта Российской Федерации [18].

В конце 2018 года этот вопрос вновь обсуждался на уровне Правительства Российской Федерации, где было заявлено, что необходимо создание единых достоверных регистров граждан, имеющих право на льготное лекарственное обеспечение, чтобы определить потребность в лекарствах и объемы финансирования, однако, до конца 2019 года нормативный правовой акт по данному вопросу не принят.

Ведение регистров - сложная задача, особенно в связи с тем, что численность таких граждан постоянно меняется. Важно учитывать, что существует категория граждан, которые временно находятся под диспансерным наблюдением врачей, и в этот период нуждаются в дополнительном лекарственном обеспечении. Включение их в регистр возможно, но производить централизованные или региональные закупки лекарственных препаратов с учетом этих групп граждан экономически нецелесообразно. Альтернативой такому решению является лишь система

всеобщего лекарственного обеспечения, основанная, например, на системе лекарственного страхования.

К числу рекомендаций Счетной палаты, которые впоследствии были реализованы, относится решение о формировании перечней лекарственных препаратов. В результате, постановлением Правительства Российской Федерации в 2014 году утверждены правила формирования перечней лекарственных препаратов [16]. Таким образом, утвержден единый подход к формированию различного рода перечней лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи. В правилах установлен порядок формирования перечня ЖНВЛП, перечня дорогостоящих лекарственных препаратов по высокозатратным нозологиям (далее - ВЗН), перечня лекарственных препаратов для обеспечения отдельных категорий граждан (перечень ДЛО/ОНЛС) и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи.

Данное решение является шагом в направлении, позволяющем обосновывать выделение бюджетных средства на закупку лекарственных препаратов, которые включены в стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи.

Еще одним важным аспектом, отмечаемым в ходе аудитов эффективности, проведенных в период 2008-2013 гг., является совершенствование методики расчета устанавливаемых производителями предельных отпускных цен на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.

Важность данного вопроса заключается в том, что Государственный реестр цен [138] является одним из основных источников информации для определения начальной (максимальной) цены контракта при проведении аукционов на закупку лекарственных препаратов для ОКГ. Поэтому оптимизация положений правил и методики расчета предельных отпускных цен производителей позволяет повысить эффективность расходования бюджетных средств на лекарственное обеспечение ОКГ.

В сентябре 2015 года, а затем в октябре 2018 года Правительство Российской Федерации утвердило новые нормативные правовые акты [17], согласно которым

повышены требования к производителям лекарственных средств, при обосновании предельных отпускных цен, предлагаемых к регистрации.

По мнению некоторых экспертов, не согласных с действиями Правительства Российской Федерации излишнее регулирование цен несет риски для развития фармацевтического рынка и отражается на формировании экономической политики производителей фармацевтической продукции. Указывается, что ограничения в регулировании цен на лекарственные препараты может быть причиной вымыванием с рынка относительно дешевой продукции, которая становится недоступной для потребителя.

В настоящее время актуальными остаются вопросы, которые вызывают многочисленные дискуссии на уровне законодательной и исполнительной власти, общественных и коммерческих организаций, а именно, эффективность проведения аукционов на закупку лекарственных препаратов для ОКГ и внедрение страховой модели лекарственного обеспечения в Российской Федерации.

Неэффективность организации закупок лекарственных препаратов для ОКГ все чаще обсуждается на разных уровнях государственной власти, в том числе на совещаниях Президента Российской Федерации. Одним из направлений критики является нерациональные закупки медикаментов, иногда не востребованных потребителями, что приводит к неэффективному расходованию бюджетных средств.

Можно обратить внимание еще на один недостаток торгов – их монополизация определенными поставщиками, что подтверждают и результаты тендеров на поставку препаратов в рамках госпрограммы «Семь нозологий». Минздрав России заключил в 2018 году 88 контрактов на 44,7 млрд рублей, из которых около 50% бюджетных закупок пришлось всего на два поставщика.

Возвращаясь к анализу причин, по которым около 75% граждан в 2018 году отказались от бесплатного лекарственного обеспечения можно отметить, что в программе ДЛО осталась только группа граждан остро нуждающихся в бесплатном лекарственном обеспечении, численность которых составляет около 3 млн человек. Инвестиция бюджетных средств в объеме свыше 100 млрд рублей в год на лекарственное обеспечение около 3% населения страны является недостаточно эффективной. Средние расходы на обеспечение одного гражданина лекарственными препаратами из перечня семи высокочувствительных нозологий ежегодно составляет



свыше 300 тыс. рублей в год, а всего на одного гражданина, оставившего за собой право на получение ГСП в виде НСУ – свыше 12 тыс. рублей в год.

Как показывают расчеты исходя из объема потребления рецептурных (входящих в перечень ЖНВЛП) лекарственных препаратов расходы на одного гражданина Российской Федерации, в среднем (без учета расходов на ОКГ) составляют менее 4 тыс. рублей в год.

Данный вопрос также обсуждался на самом высоком уровне и можно привести на эту тему мнение Президента Российской Федерации, который отметил, что в отсутствии должного учета, бюджетные деньги утекают очень часто сквозь пальцы, и главное — не все льготники получают нужные им препараты. Тревожный фактор неравенства в финансировании льгот. Так в 2017 году средние расходы на лекарства для одного льготника различались в регионах Российской Федерации более чем в семь раз. Отличаются и перечни препаратов, которые доступны льготным категориям граждан. В результате льготники зачастую вынуждены оплачивать лекарства из своего кармана. Получается, что существующая система льготного обеспечения лекарствами мало продуктивна и не учитывает потребности конкретного человека. По мнению Президента Российской Федерации, на местах нужно наводить порядок.

Обсуждение вопросов лекарственного обеспечения ОКГ часто выходит на первое место, так как в программе ДЛО (ОНЛС) задействованы значительные бюджетные средства, а проблемам лекарственного обеспечения всего населения Российской Федерации внимания уделяется недостаточно.

Счетная палата рекомендовала Правительству Российской Федерации разработку концепции национальной политики в области лекарственного обеспечения граждан Российской Федерации и как следствие в 2013 году была утверждена Стратегия лекарственного обеспечения населения Российской Федерации до 2025 года [23].

В качестве модели, способствующей улучшению качества медицинской помощи для граждан, предложена модель всеобщего лекарственного страхования, которая исключает привязку граждан к определенным аптечным организациям, поставщикам и производителям лекарственных препаратов. Не требуется проведение многочисленных торгов за бюджетные средства, так как гражданин

сможет получить препарат бесплатно или со скидкой в любой аптечной организации. Исключение могут составить только дорогостоящие медикаменты для выделенных групп граждан по высокозатратным нозологиям [20].

Благодаря этому могут быть сэкономлены миллиарды рублей в год, но потребуется переформатировать систему учета лекарственных препаратов, отпущенных по рецепту врача, и финансирование расходов производителей, поставщиков и аптечных организаций.

Реализация пилотных (региональных) проектов в части внедрения системы всеобщего лекарственного страхования должна позволить выбрать оптимальную для Российской Федерации модель.

С учетом мирового опыта потребуется совершенствование государственного регулирования цен на лекарственные препараты, в том числе на основе формирования системы референтных цен [2; 17; 19; 342].

В настоящее время в России уже созданы предпосылки для внедрения системы лекарственного страхования или другой системы, при которой граждане могут получать лекарственные препараты бесплатно или с определенной доплатой (соплатеж) до полной стоимости лекарственного препарата. Однако, в этой системе задействованы только отдельные категории граждан, и при построении системы лекарственного страхования следует избегать недостатков реализации программы ДЛО (ОНЛС).

Зарубежный опыт показывает, что нет единой и совершенной модели лекарственного обеспечения населения. Риски развития тяжелого заболевания с необходимостью впоследствии дорогостоящего лечения могут быть уменьшены, если одновременно с пропагандой здорового образа жизни, улучшения первичной медико-санитарной помощи будет обеспечена доступность граждан к лекарственным препаратам.

Исследования, на примере социологических опросов граждан, показывают, что они готовы доплатить за покупку лекарственного препарата, желаемого для них производителя. Определение уровня компенсации за лекарственный препарат со стороны государства имеет важное значение для развития фармацевтического рынка в России и совершенствования российской системы здравоохранения. В этой ситуации отработка модели референтного ценообразования на лекарственные

препараты позволит определить возможный уровень расходов государства на реализацию проекта всеобщего лекарственного обеспечения.

В настоящее время ежегодно около 100 млрд рублей расходуется на выплату из ПФР ежемесячной денежной выплаты более 11 млн граждан, отказавшихся от ДЛО в рамках ГСП в виде НСУ. Частично данные средства расходуются ОКГ на приобретение лекарственных препаратов. Таким образом, вместо улучшения медицинской помощи, средства направляются на увеличение социальной помощи ОКГ и в сложившейся ситуации они практически не смогут быть возвращены в систему здравоохранения при внедрении всеобщей системы лекарственного обеспечения.

Рассматриваются разные варианты изменения ситуации, в том числе введение запрета на монетизацию для лиц, впервые получающих право на ГСП в виде набора НСУ.

В качестве рекомендаций в работе предлагается, при построении всеобщей системы лекарственного обеспечения, ежемесячную денежную выплату (ЕДВ) переквалифицировать в средства оказания социальной помощи отдельным категориям граждан на лекарственное обеспечение. Для создания равных условий для всех льготных категорий граждан целесообразно начислить ЕДВ в том числе гражданам, которые в настоящее время являются получателями лекарственных препаратов. Общий объем дополнительных расходов на выплату ЕДВ составит около 30-40 млрд рублей в год. Но в результате, будут созданы новые стартовые условия для всеобщего лекарственного обеспечения, в которых определяемый государством лимит возмещения стоимости за лекарственные препараты будет установлен для всех единым.

При этом ОКГ за счет получения ЕДВ будут иметь возможность осуществить доплату («соплатеж») за счет социальной помощи на лекарственное обеспечение и получить лекарственные препараты, которые они хотят исходя из рекомендаций врача и собственных предпочтений.

Важным элементом построения современного фармацевтического рынка, на котором будут соблюдены интересы государства и потребителей, а также интересы отечественных производителей лекарственных средств, является реализация государственных программ. В 2014 году утверждена государственная программа

Российской Федерации «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности» на 2013 - 2020 гг. [14].

Таким образом, реализовано еще одно предложение Счетной палаты о принятии мер по развитию отечественной фармацевтической науки и промышленности [13; 14; 29].

По характеру запланированных мероприятий государственная программа направлена на обеспечение комплексного подхода к решению первоочередных задач, стоящих перед отечественной фармацевтической и медицинской промышленностью.

Принятие документа свидетельствует о реализации программы, которая позволяет решать задачи технологического перевооружения производственных мощностей фармацевтической и медицинской промышленности, импортозамещения в части производства социально значимых и жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, и медицинских изделий.

Ключевым приоритетом является обеспечение системы здравоохранения Российской Федерации и потребительского рынка широким ассортиментом доступной и качественной отечественной медицинской продукцией.

В качестве базового был выбран инновационный вариант развития отечественной фармацевтической и медицинской промышленности, который обеспечивает стимулирование запуска инновационного цикла в этих отраслях промышленности за счет средств федерального бюджета с последующим нарастающим финансированием исследований и разработок за счет собственных средств предприятий.

По версии руководителей Минпромторга России за счет реализации программных мероприятий производство медикаментов вырастет с 180 млрд рублей в 2014 году до 300 млрд рублей к началу 2018 года.

Одновременно предлагается решение задачи активного выхода российской фармацевтической продукции на внешние рынки, что может обеспечить увеличение объемов экспорта.

В целях обеспечения качества производства лекарственных препаратов в 2013 году утверждены [29] соответствующие правила надлежащей производственной практики, которые устанавливают требования к организации

производства и контроля качества лекарственных средств для медицинского применения.

Правила организации и проведения инспектирования производителей лекарственных средств на соответствие требованиям правил надлежащей производственной практики, а также выдачи заключений о соответствии производителя лекарственных средств указанным требованиям утверждены Правительством Российской Федерации в 2015 году [13].

Таким образом, внедрение правил и обеспечение контроля качества производства лекарственных препаратов в России способствует созданию реальных предпосылок для обеспечения равной конкурентной среды для иностранных и отечественных производителей лекарственных препаратов на российском фармацевтическом рынке.

Результаты контрольных мероприятий Счетной палаты в сфере обращения лекарственных средств подтверждают целесообразность использования методологии аудита эффективности для оценки эффективности использования государственных средств, направляемых на лекарственное обеспечение населения Российской Федерации.

Отчеты, подготовленные аудиторами, позволяют определять ключевые направления развития системы здравоохранения и, в частности лекарственного обеспечения, выявлять положительные и отрицательные стороны реализации государственных программ и проектов, готовить рекомендации по устранению выявленных недостатков и контролировать их выполнение.

Важным элементом исследования является изучение процессов реализации национальных программ и проектов за счет бюджетных средств с учетом участия в них коммерческих организаций.

### **3.3 Результаты применения «сотового метода» в методологии аудита эффективности для оценки реализации национальных проектов в сфере здравоохранения**

Методология оценки эффективности использования государственных средств для реализации государственных программ и национальных проектов представляет

собой систему взаимодополняющих и частично дублирующих друг друга, методов оценки реализации основных этапов программы (проекта): обоснование, разработка, пилотное внедрение, полномасштабная реализация и полученный результат.

Разделение полномочий между органами исполнительной власти федерального и регионального уровней может ограничивать возможности осуществления широкомасштабных контрольных мероприятий, охватывающих все этапы реализации государственных программ и национальных проектов.

Осуществляемый в период с 2013 года переход на преимущественно одноканальное финансирование в сфере здравоохранения, частично упростил Счетной палате Российской Федерации осуществление контроля региональных объектов в сфере здравоохранения за счет выстраивания вертикали финансирования медицинской помощи по линии обязательного медицинского страхования [3; 5].

Однако, значительные средства на реализацию государственных программ и проектов поступают из бюджетов субъектов Российской Федерации, поэтому привлечение региональных контрольно-счетных органов к оценке реализации государственных программ и проектов, в которых используются бюджетные средства разного уровня, позволяет в более короткие сроки и качественнее проводить аудиты эффективности и повышать объективность отчетов за счет значительного расширения количества достоверных аудиторских доказательств, собранных в субъектах Российской Федерации.

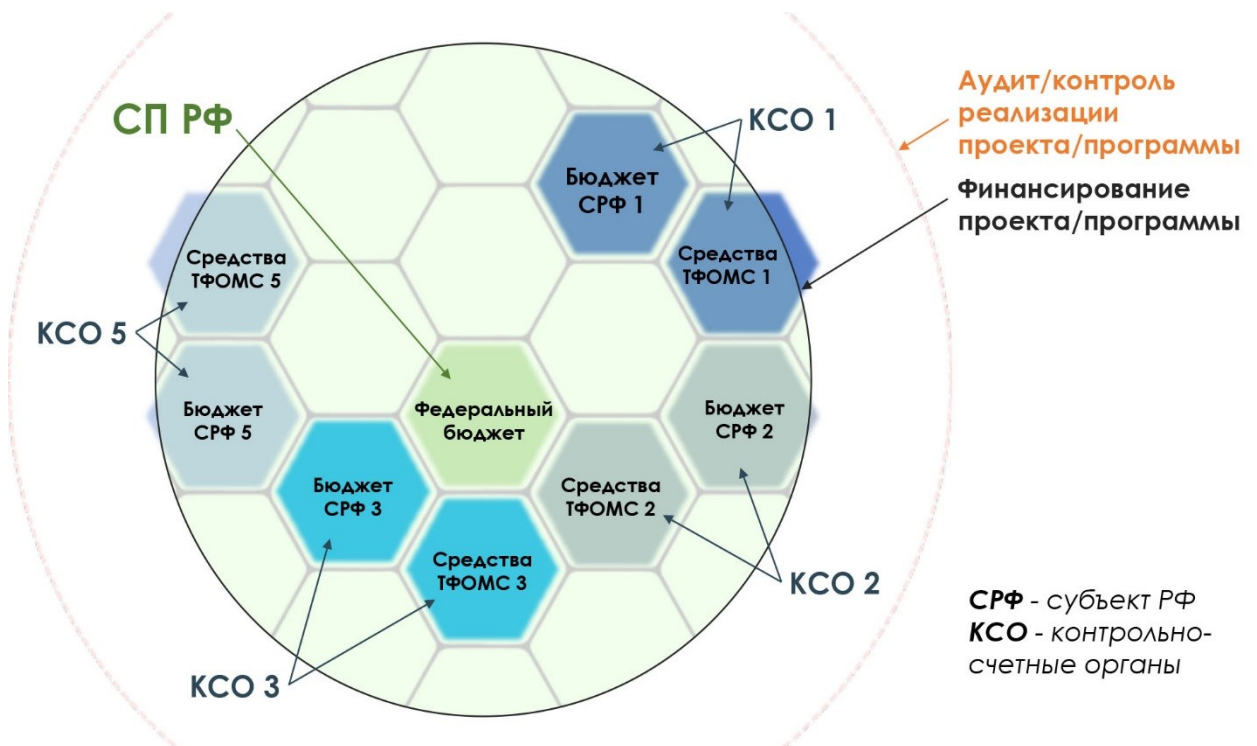
В 2010 году Счетной палатой Российской Федерации было принято решение о проведении контрольного мероприятия для оценки эффективности расходования бюджетных средств, направленных на закупку медицинского оборудования в период 2006-2010 гг. в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» (далее – ПНП «Здоровье»).

Медицинское оборудование поставлялось в более чем 10 тысяч медицинских организаций всех субъектов Российской Федерации в количестве свыше 40 тыс. единиц.

С учетом необходимости охвата контрольным мероприятием максимально возможного количества медицинских организаций, предложено привлечь к проверке контрольно-счетные органы из субъектов Российской Федерации и провести аудит эффективности на основе единых методических подходов и стандартов к организации, проведению и анализу результатов.

Для этой цели была разработана базовая программа контрольного мероприятия с едиными показателями и критериями оценки деятельности объектов проверки, которая легла в основу программ КСО субъектов Российской Федерации, участвующих в аудите эффективности. В результате каждый контрольно-счетный орган в рамках своих полномочий смог исследовать реализацию ПНП «Здоровье» в своем субъекте Российской Федерации.

Отчетные данные региональных КСО позволили сравнить эффективность работы органов исполнительной власти в сфере здравоохранения и медицинских организаций между собой и качество взаимодействия с федеральными органами власти. Данная форма сотрудничества Счетной палаты Российской Федерации и КСО субъектов Российской Федерации при проведении аудита эффективности представлена на рисунке 3, она значительно увеличивала охват проверяемых объектов, а также повысила достоверность полученных результатов [90; 91].



Источник: составлено автором.

Рисунок 3 - Схема «сотового» метода при проведении совместного (параллельного) аудита эффективности контрольно-счетными органами разного уровня

Впоследствии этот научно-методический подход к проведению контрольного мероприятия было предложено назвать «сотовым методом» организации и проведения аудита эффективности.

С учетом существующего опыта проведения аудитов эффективности на предварительном этапе подготовки программы особое внимание было уделено разработке «Дерева вопросов», в котором учитывались бы возможные действия и полномочия региональных контрольно-счетных органов.

Вопросы для «Дерева вопросов» обсуждались на совместных совещаниях с привлечением экспертов, а также принимались во внимание результаты проведенных проверок по данной тематике, что позволило разработать дополнительные показатели и критерии оценки эффективности реализации ПНП «Здоровье».

В качестве основных оценочных показателей эффективности реализации ПНП «Здоровье» Правительством Российской Федерации были утверждены, в частности, следующие показатели:

- сроки ожидания диагностических исследований в поликлиниках (дни), (критерий оценки (КО) – сокращение сроков);
- доля граждан, участвующих в программах по диспансеризации (доля осмотренных граждан), (КО – увеличение доли);
- количество посещения врачей, сделанных гражданами с профилактической целью (доля посещений), (КО – увеличение количества посещений);
- заболеваемость острыми сосудистыми нарушениями головного мозга на фоне артериальной гипертонии (КО – снижение заболеваемости);
- смертность от cerebrovascularных болезней (КО – снижение смертности);
- смертность от новообразований (КО – снижение смертности).

ПНП «Здоровье» были определены объемы и условия финансирования, а также перечень медицинского оборудования, которое рекомендовалось закупать органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения и медицинским организациям за счет средств федерального бюджета.

Медицинское оборудование (рентгеновское, аппараты УЗИ, лабораторное оборудование и пр.) по отдельным проектам закупалось централизованно за счет



средств федерального бюджета в соответствии с заявками из субъектов Российской Федерации.

«Дерево вопросов» с учетом требований стандарта финансового контроля СФК 104 «Проведение аудита эффективности использования государственных средств», утвержденного решением Коллегии Счетной палаты Российской Федерации в 2009 году формировалось на основе трех основных принципов аудита эффективности: экономичность, продуктивность и результативность, что представлено в таблице 17.

Таблица 17 - Формирование вопросов первого уровня «Дерева вопросов»

Главный вопрос	Вопросы первого уровня
Позволили ли закупки медицинского оборудования, а также средства, выделенные на проведение организационных мероприятий в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье», повысить доступность и качество оказания медицинской помощи гражданам Российской Федерации?	1. Экономичность: Удалось ли, принимая во внимание условия и результаты проведенных конкурсов, стоимость закупленного медицинского оборудования и его качественные характеристики, стоимость подготовки помещений, монтажа, обучения специалистов, сервисного обслуживания затратить минимальный объем бюджетных средств?
	2. Продуктивность: Производится ли эксплуатация закупленного медицинского оборудования в оптимальном режиме и используется ли для медицинского обслуживания граждан с максимально возможной нагрузкой?
	3. Результативность: Обеспечили ли закупки медицинского оборудования, его использование в ЛПУ достижение целевых показателей, заявленных при обосновании целесообразности закупок, используется ли полученный опыт при подготовке новых программ по улучшению доступности и качества медицинского обслуживания населения Российской Федерации?

Источник: составлено автором по материалам [65].

Таким образом, сформировалась последовательная цепь оценки эффективности расходования бюджетных средств от экономичности до результативности, в которой высокий уровень продуктивности (максимальная интенсивность) использования закупленного оборудования способствует достижению целевых показателей.

Отсутствие достижения целевых показателей при высокой экономичности и продуктивности может означать ошибочность расчетов (прогнозов ожидаемых результатов) при подготовке ПНП «Здоровья» и обосновании необходимости и достаточности финансовых ресурсов для его реализации.

Комплексная оценка реализации ПНП «Здоровье» в значительной степени зависит от величины охвата контрольными мероприятиями медицинских организаций и обеспечения единого методического подхода к применению оценочных показателей в каждой медицинской организации, что реализуется за счет использования «сотового метода» проведения аудита эффективности.

Исходя из необходимости подготовки полной и объективной оценки было предложено включить на втором уровне по каждому направлению несколько вопросов, которые могут быть проверены контрольно-счетными органами в каждом из субъектов Российской Федерации. Пример формирования вопросов, представлен в таблице 18.

Таблица 18 - Формирование вопросов второго уровня «Дерева вопросов» (направление: экономичность)

Вопрос первого уровня	Вопросы второго уровня
<p>Экономичность: Удалось ли, принимая во внимание условия и результаты проведенных конкурсов, стоимость закупленного медицинского оборудования и его качественные характеристики, стоимость подготовки помещений, монтажа, обучения специалистов, сервисного обслуживания затратить минимальный объем бюджетных средств?</p>	1.1. Обеспечены ли равные конкурентные условия производства, регистрации и допуска на российский медицинский рынок для российских и иностранных производителей и поставщиков медицинского оборудования?
	1.2. Позволило ли проведение конкурсов обеспечить выбор победителя, предложившего к поставке наиболее качественное, эффективное в эксплуатации и оптимальное по цене оборудование?
	1.3. Подготовлены ли медицинские работники к работе на закупленном оборудовании, а помещения подготовлены ли к установке, монтажу и пуску в эксплуатацию оборудования в установленные сроки?
	1.4. Соблюдены ли сроки поставки оборудования, установленные в государственных контрактах? Если нет, выставлены ли штрафные санкции?
	1.5. Обеспечено ли гарантийное обслуживание и проведение сервисных эксплуатационных работ в постгарантийный период?
	1.6. Обеспечены ли медицинские учреждения необходимым объемом финансирования на осуществление расходов на сервисное обслуживание оборудования и приобретение расходных?
	1.7. Вынуждены ли были медицинские учреждения дополнительно закупать комплектующие и прочие принадлежности в целях обеспечения эксплуатации оборудования в соответствии с его техническими характеристиками?

Источник: составлено автором по материалам [65].

Ответы на вопрос 1.1 могли быть получены только Счетной палатой Российской Федерации при проведении контрольных мероприятий в федеральных министерствах и ведомствах, в ходе запросов и организации фокус-групп, полуструктурированных интервью и прочих мероприятий с поставщиками и производителями медицинского оборудования, что недоступно для контрольно-счетных органов Российской Федерации.

Ответы на вопросы 1.2-1.7 относятся к компетенциям Счетной палаты Российской Федерации и КСО субъектов Российской Федерации, так как финансирование мероприятий осуществлялось как за счет средств федерального бюджета, так и за счет региональных бюджетов, а также средств обязательного медицинского страхования.

Участие в аудите эффективности максимального количества субъектов Российской Федерации позволило обеспечить охват контрольными мероприятиями значительного объема использования средств федерального и региональных бюджетов.

В результате аудит эффективности проведен в 22 регионах (5 из них силами Счетной палаты Российской Федерации), а также в нескольких федеральных медицинских центрах.

Вопросы второго уровня по направлению продуктивность формировались с учетом возможности работы региональных контрольно-счетных органов на местах, что позволило провести проверку не только первичных документов, но и организовать анкетирование медицинских работников или работников технических служб, выявить наличие информационных систем, которые обеспечивают учет работы медицинского оборудования и пр.

Это особенно важно, так как нормативными правовыми актами практически не регулировались вопросы оценки интенсивности работы медицинского оборудования, учета простоев и их причины. Кроме того, отсутствовали единые методические требования к организации технического обслуживания медицинского оборудования, его финансирования, что потребовало формирования соответствующих показателей и критериев их оценки, глубокого исследования этой темы на объектах проверки. Пример формирования вопросов по направлению продуктивность представлен в таблице 19.

Таблица 19 - Формирование вопросов второго уровня «Дерева вопросов» (направление: продуктивность)

Вопрос первого уровня	Вопросы второго уровня
Продуктивность: Производится ли эксплуатация закупленного медицинского оборудования в оптимальном режиме и используется ли для медицинского обслуживания граждан с максимально возможной нагрузкой?	2.1. Соответствует ли ассортимент поставленного оборудования потребностям медицинских учреждений?
	2.2. Подтверждены ли технические характеристики оборудования, в процессе его эксплуатации, а режим его эксплуатации позволяет ли повысить доступность и качество оказываемых гражданам медицинских услуг и сократить сроки ожидания гражданами на проведение диагностических процедур?
	2.3. Приводит ли отсутствие достаточного финансирования медицинского учреждения на расходные материалы и эксплуатационные расходы к вынужденным простоям оборудования и созданию необоснованных очередей граждан, ожидающих на диагностическое исследование?
	2.4. Приходится ли использовать оборудование для проведения платных услуг или по договору с другими медицинскими учреждениями, в т.ч. с частными, в целях повышения экономической эффективности его применения?
	2.5. Ведется ли учет незапланированных ремонтных работ оборудования, вынужденного простоя из-за ремонта, сроков выполнения ремонтных работ, причин выхода оборудования из строя, отсутствия обученных медицинских специалистов?
	2.6. Ведется ли учет вынужденного простоя из-за отсутствия расходных материалов или отсутствия необходимого количества граждан, для оптимального использования расходных материалов при проведении диагностических процедур?

Источник: составлено автором по материалам [65].

Кроме того, запросы направлены в 10 субъектов Российской Федерации, из которых были получены ответы на основные вопросы в соответствии с «Деревом вопросов».

Показатели результативности в значительной степени оценивали медико-демографическую составляющую деятельности медицинских организаций. Для этой цели использовались данные статистической отчетности, как на уровне медицинской организации, так и на региональном уровне. Значительный вклад в оценку результативности внесли результаты социологического опроса населения, которые отвечали на вопросы доступности и качества медицинской помощи, а также изменений, которые они почувствовали или нет в ходе реализации ПНП «Здоровье».

Пример формирования вопросов по направлению результативность представлен в таблице 20.

Таблица 20 - Формирование вопросов второго уровня «Дерева вопросов» (направление: результативность)

Вопрос первого уровня	Вопросы второго уровня
Результативность: Обеспечили ли закупки медицинского оборудования, его использование в ЛПУ достижение целевых показателей, заявленных при обосновании целесообразности закупок, используется ли полученный опыт при подготовке новых программ по улучшению доступности и качества медицинского обслуживания населения Российской Федерации?	3.1. Существуют ли нормативные документы, определяющие целевые показатели, ради достижения которых произведена закупка оборудования, определен объем и перечень необходимого оборудования?
	3.2. Существуют ли документы, регламентирующие подготовку отчетности об использовании медицинского оборудования в целях анализа эффективности его использования и организации мероприятий по закупке оборудования?
	3.3. Ведется ли контроль и мониторинг достижений целевых показателей и подготовлены ли планы корректировки действий в случае отклонения от целевых показателей?
	3.4. Существует ли обратная связь в медицинском учреждении с пациентами по вопросу доступности и качества оказываемых услуг?
	3.5. Использовался ли предыдущий опыт централизованных закупок медицинского оборудования при подготовке и реализации новых программ (приоритетов)?

Источник: составлено автором по материалам [65].

Кроме социологических опросов, особое внимание уделено анкетированию и проведению полуструктурированных интервью с представителями крупнейших зарубежных компаний - производителей медицинской техники (аппаратов УЗИ, компьютерных томографов, рентгеновского оборудования и пр.).

В практике Счетной палаты Российской Федерации это был новый элемент сбора аудиторских доказательств. Для проведения исследования были разработаны анкетные формы и провел соответствующие интервью. Общение с представителями зарубежных компаний позволило выявить целый ряд факторов, которые влияют на повышение эффективности закупок медицинского оборудования и его рационального использования медицинскими организациями.

На заключительном, третьем этапе проведения аудита эффективности, осуществлялась обработка отчетов КСО субъектов Российской Федерации, собственных отчетов о проведении контрольных мероприятий, ответов на запросы,

данных о результатах социологических опросов медицинских работников и населения, других материалов.

При подготовке отчета использовались экспертные оценки специалистов, мнения врачей, производителей медицинского оборудования, общественных и профессиональных ассоциаций, а также выводы и рекомендации, сделанные КСО субъектов Российской Федерации по результатам проведения контрольных мероприятий.

Подготовка единого отчета стала возможной в связи с тем, что при подготовке и проведении аудита эффективности использовался «сотовый» метод проведения проверок, анализа результатов и подготовки отчета о проведении аудита эффективности.

В отчете отмечается, что в целях реализации ПНП «Здоровье» проведен ряд мероприятий и израсходованы значительные финансовые средства, однако, несмотря на это, не удалось достичь целевых значений по целому ряду медико-демографических показателей, обеспечить улучшение состояния здоровья российских граждан.

Выводы подтверждены отчетами о результатах контрольных мероприятий, проведенных КСО субъектов Российской Федерации, анализом ответов на запросы, результатами социологических опросов граждан и медицинского персонала, а также другими аудиторскими доказательствами.

Выводы, сделанные в отчете по итогам проведения аудита эффективности, касались основных направлений развития системы здравоохранения и результатов, достигнутых в рамках реализации мероприятий, предусмотренных ПНП «Здоровье».

Прежде всего, в отчете отмечено наличие тенденции к росту большинства показателей первичной и общей заболеваемости населения. Одной из причин роста выявляемости первичной заболеваемости населения названо увеличение количества и улучшение качества диагностических исследований при обращении граждан в медицинские организации за счет повышения уровня их оснащенности современным медицинским оборудованием.

Данные анкетирования врачей показали (62% опрошенных), что закупка нового оборудования способствовала увеличению потока обследованных

пациентов. Около 25% врачей отметили, что количество граждан, направленных на обследования не изменилось. Анализ результатов контрольных мероприятий подтвердил, что в некоторых медицинских организациях произведена замена устаревшего и неработающего оборудования на новое, поэтому увеличение количества обследований населения не произошло.

Реализация национального проекта «Здоровье» отразилась в последующие годы на количестве регистрируемых заболеваний населения, с диагнозом, установленным впервые в жизни, которое по отдельным заболеваниям выросло, что представлено в таблице 21.

Таблица 21 - Заболеваемость населения Российской Федерации по классам, группам болезней и отдельным заболеваниям с диагнозом, установленным впервые в жизни

Количество случаев на 1000 населения

Наименование болезней	2006	2009	2012	2013	2017	2018
Все болезни, из них	763,9	802,5	793,9	800,3	778,9	781,9
Новообразования	9,9	10,7	11,5	11,4	11,4	11,6
Болезни эндокринной системы	11,7	10,4	10,6	10,7	13,9	13,1
Болезни системы кровообращения	26,6	26,5	26,6	29,9	32,1	32,6
Болезни костно-мышечной системы	35,4	34,9	33,2	32,3	29,5	29,8
Болезни мочеполовой системы	48,9	48,2	49,6	49,8	44,8	44,8

Источник: составлено автором по материалам [224].

Различия в статистических данных между субъектами Российской Федерации нашли подтверждение в результатах контрольных мероприятий, проведенных региональными КСО.

Рост количества обследований и выявленных заболеваний существенно не отразился на показателях смертности и значительного снижения их значений не обнаружено. По-прежнему, в структуре смертности, лидирующие позиции занимает смертность от болезней системы кровообращения, и значение этого показателя является одним из самых высоких в мире. Второе место среди причин смертности населения России занимает смертность от новообразований.

Особое внимание уделено факту, что данный показатель характеризуется высокой долей смертей в течение первого года после установления диагноза, что свидетельствует о поздней первичной выявляемости заболевания. Данные о смертности граждан в зависимости от причины, представлены в таблице 22.

Таблица 22 - Смертность всего населения по основным классам болезней (Российская Федерация)

Наименование болезней	Количество случаев на 100 000 населения					
	2008	2009	2012	2013	2016	2017
Все болезни, из них	1462,4	1416,8	1331,2	1304,3	1289,3	1243,6
Новообразования	203,8	206,9	203,1	203,1	204,3	200,6
Болезни эндокринной системы	7,5	7,4	8,1	9,7	23,0	26,8
Болезни системы кровообращения	835,5	801,0	737,1	698,1	616,4	587,6
Болезни костно-мышечной системы	1,3	1,3	1,2	1,3	3,1	3,3
Болезни мочеполовой системы	7,9	8,1	8,1	8,6	12,2	12,9

Источник: составлено автором по материалам [224].

Сравнение данных статистической отчетности за период 2008-2017 гг. показывает, что значительного улучшения показателя смертности от новообразований не происходит, в то время как значение показателя смертности от болезней системы кровообращения неуклонно снижается.

Определенные вопросы вызывают изменения значений показателей смертности от болезней эндокринной системы, костно-мышечной системы и мочеполовой системы, которые резко выросли в 2016-2017 гг.

Как показывают исследования, частично это связано с изменениями в кодировании причин смертности.

Еще одним важным направлением исследования и выводов, сделанных по результатам аудита эффективности, является оценка кадрового обеспечения медицинских организаций.

Выявлено наличие значительных диспропорций в численности врачей и среднего медицинского персонала, как между субъектами Российской Федерации, так и между медицинскими организациями, работающими в сельской местности и в городах.

Особое внимание уделено проблемам недоукомплектованности медицинских организаций (недостаток врачей и среднего медицинского персонала по отношению к количеству должностей). Отмечена высокая доля укомплектованности врачебных должностей в стационарных лечебных учреждениях и недостаточное количество врачей в амбулаторно-поликлиническом звене.



Кроме того, выявлен крайне низкий уровень укомплектованности штатного расписания диагностических служб физическими лицами и соответственно высокие коэффициенты совместительства.

Данные об обеспеченности врачами системы здравоохранения в различных субъектах Российской Федерации представлены в таблице 23.

Таблица 23 - Обеспеченность медицинскими кадрами (врачами, разных специальностей)  
Количество врачей на 10 000 населения

Субъекты РФ	2008	2009	2012	2013	2017	2018
Российская Федерация	43,8	44,1	41,5	41,0	37,3	37,4
Владимирская область	30,8	30,7	28,0	28,7	27,9	27,7
Воронежская область	46,3	46,4	44,4	44,6	40,3	40,4
Москва	68,6	70,7	57,1	57,1	42,1	43,5
Псковская область	30,6	30,6	31,0	30,8	28,3	27,1
Санкт-Петербург	74,6	75,8	65,3	66,0	57,0	58,2
Чеченская Республика	23,5	26,2	25,0	26,1	25,9	26,8
Ставропольский край	36,6	38,1	34,3	32,2	32,6	33,1
Республика Мордовия	46,7	46,2	46,9	47,2	46,9	46,1
Республика Татарстан	39,3	39,3	36,0	34,5	30,7	31,2
Курганская область	24,7	25,0	26,0	25,8	24,9	24,2
Свердловская область	35,9	34,6	33,7	34,6	29,6	29,2
Алтайский край	41,8	42,7	46,4	40,4	37,1	36,1
Красноярский край	41,8	42,0	39,5	39,6	36,6	37,1
Приморский край	44,1	42,6	40,4	35,6	32,4	32,2
Хабаровский край	49,7	49,5	46,7	45,1	39,8	40,0

Источник: составлено автором по материалам [224].

Данные, представленные в таблице 23, свидетельствуют о наличие диспропорций в кадровом обеспечении систем здравоохранения в разных субъектах Российской Федерации. Недостаточный уровень заработной платы медицинских работников по сравнению с другими отраслями сказывается на численности врачей и, прежде всего, в возрасте до 35 лет. Это отражается на эффективности использования медицинского оборудования, закупленного в рамках ПНП «Здоровье» и расходования бюджетных средств, выделенных на эти цели.

В ходе аудита эффективности выявлено отсутствие достаточного контроля за обращением медицинских изделий, за выполнением требований, касающихся квалификации медицинского персонала, использующего изделия, за использованием медицинских изделий по назначению, их эксплуатацией и техническим обслуживанием, безопасностью и прочее.

Благодаря использованию «Сотового метода» получено значительное количество фактического материала о недостатках по вводу в эксплуатацию рентгеновского и другого медицинского оборудования, что было связано с несвоевременной подготовкой помещений и персонала, длительными сроками лицензирования рентгеновских кабинетов.

Недостатки в организации технического обслуживания медицинского оборудования и недостаточность финансовых средств на закупку расходных материалов являлись причинами простоя медицинского оборудования и снижали интенсивность его использования. Кроме того, несвоевременность проведения сервисных работ для поддержания медицинского оборудования в исправном состоянии увеличивает риски снижения безопасности пациентов при использовании медицинского оборудования в послегарантийный период.

Удорожание стоимости сервисных работ, его невысокое качество связано с отсутствием надлежащей конкуренции между профессиональными сервисными организациями.

Отдельным направлением аудита эффективности является оценка экономичности закупок медицинского оборудования. Анализ технических заданий и документации на проведение торгов на поставку отдельных видов медицинского оборудования показал наличие фактов, свидетельствующих о тенденциозности заказчиков в выборе определенных моделей и фирм производителей. Это позволяло на уровне требований к техническим характеристикам ограничивать количество участников торгов и снижать экономическую эффективность закупки. В ряде случаев устанавливалось наличие признаков коррупционной составляющей при организации закупки дорогостоящего медицинского оборудования.

В результате закупки оборудования проводились по начальным максимальным ценам контракта или с незначительным снижением первоначальной цены.

Применение «сотового метода» при проведении аудита эффективности позволило выявить различия в стоимости медицинского оборудования одной модели, с одинаковыми качественными характеристиками, комплектацией, от того же производителя, закупаемого в разных субъектах Российской Федерации.

Выявлено отсутствие единого методического управления закупками дорогостоящего медицинского оборудования со стороны федерального органа исполнительной власти в сфере здравоохранения в результате чего в рамках единого государственного проекта региональные власти самостоятельно принимали решения, касающиеся технических и экономических параметров закупаемого оборудования, и указывали их в техническом задании.

На основании выводов, сделанных с учетом итогов контрольных мероприятий, проведенных КСО субъектов Российской Федерации, Счетная палата внесла ряд предложений, в том числе касающихся мер по совершенствованию системы ценообразования на медицинское оборудование, закупаемое за счет бюджетных средств.

Правительством Российской Федерации на основании рекомендаций Счетной палаты были разработаны поправки в законодательство, касающиеся сферы закупок товаров, работ и услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд.

Рекомендации в части разработки комплексной программы по обеспечению сферы здравоохранения медицинскими кадрами были учтены в Государственной программе «Развитие здравоохранения».

Отдельные рекомендации были подготовлены в части поддержки отечественного производства высокотехнологичного медицинского оборудования и организации технического обслуживания медицинской техники, доступной для каждой медицинской организации, независимо от ее местонахождения.

Основные предложения Счетной палаты были учтены разработчиками Государственной программы «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности» (подпрограмма «Развитие производства медицинских изделий») [14].

### **3.4 Применение методологии аудита эффективности для оценки реализации проектов и программ в сфере здравоохранения в зарубежных странах**

В странах западной Европы контролю за расходованием средств на здравоохранение уделяется особое внимание. Великобритания и Польша имеют

схожие с Россией системы финансирования здравоохранения. В обеих странах доля государственного финансирования, включая государственную систему страхования, составляет более 80 процентов.

С учетом этого в Великобритании ежегодно проводится несколько аудитов эффективности в сфере здравоохранения. Только в 2017 году было опубликовано 10 отчетов о результатах деятельности национальной службы здравоохранения Англии (далее - НСЗ). Отчеты подготовлены по темам, касающимся функционирования службы скорой медицинской помощи НСЗ, доступа пациентов к врачам общей практики, интеграции системы здравоохранения и системы социальной помощи, социальной поддержки населения, имеющего инвалидность, финансирования НСЗ, управления расходами в трастах НСЗ, работы комиссии по контролю качества медицинской помощи, управления первичной медико-санитарной помощью на контрактной основе и др.

Аудиторы Высшего органа контроля Польши так же уделяют здравоохранению пристальное внимание и регулярно осуществляют оценку результатов деятельности Министерства здравоохранения, Национального фонда здравоохранения, отдельных медицинских организаций и пр.

Организация, проведение и подготовка отчетов осуществляются в соответствии с методологией аудита эффективности, основанной на международных и национальных стандартах ВОФК/ВОА.

### **3.4.1 Опыт Национального управления аудита Великобритании**

*Отчет НУА о результатах аудита эффективности деятельности Службы скорой медицинской помощи Национальной службы здравоохранения Англии.*

При подготовке аудита эффективности аудиторы НУА [310] определили, что его главной целью является оценка прогресса, достигнутого службой скорой медицинской помощи НСЗ за период со времени последней проверки, проведенной НУА в 2010-2011 годах и до ноября 2016 года. Результаты аудита позволили определить, удалось ли службе скорой медицинской помощи НСЗ (далее - СМП) обеспечить наилучшее соотношение между объемом выделенных ресурсов и

качеством оказания медицинской помощи. В основу исследования легли следующие вопросы:

- достигли ли трасты СМП основные целевые показатели и улучшилось ли качество обслуживания пациентов?
- сократились ли отклонения от нормативных требований в различных трастах СМП по сравнению с последними исследованиями?
- позволили ли усилия, предпринятые трастами СМП обеспечить надлежащий сервис и финансовую устойчивость НСЗ?

Для сбора аудиторских доказательств использовались материалы НСЗ Англии и Информационного центра НСЗ, данные, предоставляемые трастами СМП на основании запросов НУА. Для этой цели НУА использовало структурированные опросные анкеты.

Кроме того, аудиторы провели:

- ознакомительные поездки в четыре траста СМП: служба СМП Восточной Англии, Лондонская служба СМП, Северо-Западная служба СМП и СМП Уэст-Мидлендс. Выбор трастов определялся исходя из условий обеспечения исследования объектов аудита, находящихся в различном географическом положении, имеющих различный диапазон значений показателей деятельности по сравнению с целевыми показателями времени реагирования, улучшениями клинических результатов, достигнутых благодаря внедрению новых моделей оказания медицинской помощи;
- полуструктурированные интервью с персоналом трастов НСЗ по пяти основным темам: оперативные задачи, стоящие перед трастом; задачи по переходу к новым моделям оказания медицинской помощи; повышение эффективности с учетом результатов бенчмаркинга; взаимодействие с другими секторами здравоохранения; взаимодействие с другими службами экстренной помощи;
- полуструктурированные интервью с лицами, задействованными в оказании СМП, в том числе с ведущим комиссаром траста, сотрудниками организаций, играющими ключевую роль в предоставлении медицинских услуг согласно новым моделям оказания медицинской помощи, персоналом из местных отделов экстренной и аварийной службы пр.;

- полуструктурированные интервью также с разными сотрудниками из других организаций. Такие интервью были необходимы, чтобы понять проблемы, стоящие перед службами СМП и прогресс, который был достигнут в части предоставления медицинских услуг по сравнению с 2010 г. (предыдущее аудиторское исследование). Это помогало выявлять причины успехов и неудач в практической деятельности службы СМП;

- обсуждение текущих проблем с теми, кто участвует в разработке стратегии развития, ее внедрения и отвечает за надзор за службой СМП НСЗ, включая Министерство здравоохранения Великобритании, НСЗ Англии, Национальную сеть Комиссаров скорой помощи, Комиссию по качеству медицинской помощи НСЗ, Ассоциацию руководителей службы СМП.

Кроме того, проведены встречи в других заинтересованных организациях, таких как медицинские колледжи, рабочая группа по взаимодействию аварийных служб, управление системой образования Англии, союзом работодателей НСЗ, аудиторами из частного сектора, которые проверяли трасты скорой медицинской помощи и др.

В рамках проведения аудита изучены ключевые документы, в том числе ведомственные нормативные правовые акты, касающиеся деятельности скорой и неотложной медицинской помощи, планирования и повышения эффективности за счет внедрения новых моделей оказания медицинской помощи. Аудиторы изучили документы по широкому кругу вопросов организации системы здравоохранения, а также стратегические программы развития сети неотложной и скорой медицинской помощи.

На основе собранных аудиторских доказательств:

1. Аудиторы исследовали тенденции развития и различия в условиях деятельности внутри трастов СМП, а также между трастами, сравнивая их операционные структуры и достигнутые значения показателей деятельности. Анализ включал изучение данных:

- о видах услуг, предоставляемых службами СМП;
- об активности и результативности вызовов (включая использование новых моделей оказания медицинской помощи);
- о структуре и объемах доходов и расходов;

- о штатном расписании и использовании имущества;
- о достижении целевых показателей, касающихся времени реагирования и других показателей о качестве работы СМП, включая клинические результаты;
- о наличии серьезных инцидентов в работе СМП.

2. Аудиторы сделали выводы о том, достигла ли служба СМП оптимального соотношения между объемом выделенных ресурсов и качеством оказания медицинской помощи.

Краткое содержание отчета о результатах аудита эффективности позволяет ознакомиться с деятельностью региональных трастов скорой и неотложной медицинской помощи Англии и оценить качество медицинской помощи, оказываемой населению, на основании утвержденных критериев оценки. В отчете описаны следующие результаты деятельности трастов скорой медицинской помощи.

В Англии 10 региональных трастов СМП предоставляют населению скорую и неотложную медицинскую помощь.

С апреля 2011 года работа всех трастов СМП в Англии оценивается на основе 11 показателей качества, из которых семь оценивают реагирование системы СМП, включая экстренные вызовы, и четыре показателя, характеризуют клинический результат. С июля 2012 года введены следующие категории вызовов СМП:

- «Красные звонки» - это случай, когда состояние пациента считается опасным для жизни. Звонки *«красные 1»* являются наиболее критичными по времени и охватывают случаи оказания медицинской помощи пациентам с остановкой сердца, которые не дышат и не имеют пульса, а также другие тяжелые условия, такие как обструкция дыхательных путей. Звонки *«красные 2»* серьезны, но менее критичны по времени и охватывают такие медицинские случаи, как инсульт и припадки.

- «Зеленые звонки» - это случай, когда состояние пациента считается не опасным для жизни.

Трасты СМП разделяют поступающие вызовы на разные категории в зависимости от серьезности состояния.

Для «красных звонков» установлен следующий целевой показатель: «в 75% случаев машины СМП должны прибыть к пациенту в течение 8 минут от момента вызова». В случае, если требуется дальнейшая транспортировка, то машина СМП в

95% случаев должна доставить пациента к месту оказания медицинской помощи и лечения в течение 19 минут.

Результаты аудита эффективности по итогам работы трастов скорой помощи в период 2015-2016 гг. показали, что спрос на услуги СМП постоянно растет и службе СМП все труднее справляться с растущим спросом. К числу факторов, способствующих росту спроса, относятся: увеличение числа пожилых пациентов с различными заболеваниями; увеличение числа людей, имеющих проблемы с алкоголем или подверженных психическим заболеваниям; ограничение доступности услуг первичной медико-санитарной помощи; изменение способа обращения пациентов за медицинской помощью. В период с 2009-2010 гг. по 2015-2016 гг. количество звонков в службы СМП увеличилось с 7,9 млн до 10,7 млн, из них медицинская помощь оказана бригадами СМП в 6,6 млн случаев. Рост финансирования услуг СМП отстает от роста спроса на услуги СМП, что, по мнению аудиторов, может ограничить в будущем объем оказания скорой медицинской помощи.

Анализ показывает, что на обеспечение работы скорой и неотложной медицинской помощи потрачено в период 2015-2016 гг. около 1,78 млрд фунтов стерлингов.

Около 72,5% пациентов, которые кодируются как «Красный 1» (самые тяжелые случаи) получили медицинскую помощь в течение 8 минут, при целевом показателе - 75%. Разница между лучшими и худшими показателями региональных трастов СМП составляет 10,4%.

Внедрение новых моделей оказания медицинской помощи (разрешение на оказание пациентам консультаций по телефону), помогло сдержать рост числа вызовов СМП, но есть признаки ухудшения значений показателей по времени реагирования на вызовы СМП. В период 2015-2016 гг. только один траст СМП выполнил все целевые показатели по реагированию на вызовы граждан СМП.

Результаты аудита эффективности показали, что исполнители и управляющие органы слишком много внимания уделяют вопросам выполнения показателя по срокам ответа на вызов СМП. Большинству пациентов, которые согласно правилам, кодируются как «Красный 2», не требуется прибытие машины СМП в течение 8 минут, так как по медицинским показаниям это не является для них приоритетом.



Стремление к соблюдению целевого показателя (8 минут для кода «Красный 2») привело к целому ряду последствий, которые снижают эффективность работы диспетчерской службы и всей службы СМП. Исследования показали, что диспетчерская служба начинает реагировать и отправлять скорую медицинскую помощь еще до того, как была установлена причина вызова? требуется ли реально скорая медицинская помощь? Выявлены случаи отправки нескольких машин СМП одному и тому же пациенту, а затем остановка тех транспортных средств, которые с наименьшей вероятностью придут первыми. Показатель возврата и остановки машин СМП, направленных на вызов по решению диспетчерской службы СМП, варьируется в зависимости от траста СМП.

В Англии ежегодный рост спроса на СМП составляет 5,2%. Всего от бригад скорой медицинской помощи стационарными медицинскими организациями принято около 52,0% пациентов из общего числа реализованных выездов, что на 4% больше, чем в период 2007-2008 гг.

В 2015-2016 г. около 500 тыс. часов работы СМП было потеряно при передаче пациентов в приемных отделениях больниц (время передачи составляло около 30 минут), что составляет 41 тыс. часов 12-часовых смен СМП. Передача пациента от СМП в приемное отделение больницы должна занимать не более 15 минут и еще 15 минут необходимо, чтобы подготовить машину СМП для следующего вызова.

Служба СМП имеет также проблемы с медицинским персоналом, так как трасты СМП с трудом набирают на работу необходимый им персонал, наблюдается высокая текучесть кадров.

Анализ данных в ходе аудита эффективности показал, что в каждом из 10 трастов скорой помощи Англии разработана и действует собственная операционная система управления. Системы различаются между собой укомплектованностью персоналом, транспортными средствами, наличием объектов недвижимости и пр. Это сказывается на различиях в результатах оценки производительности и эффективности деятельности трастов скорой медицинской помощи. Например, в 2015-16 гг., доля случаев, когда одна или больше машин СМП простаивали после мобилизации, составляла от 4% до 46%; стоимость одного звонка (общее количество вызовов неотложной помощи, деленное на число вызовов)

варьировалась от 139 до 272 фунтов стерлингов; доля вызовов, обработанных по телефону варьировалась от 5% до 15%.

В ходе аудита эффективности выявлены также проблемы, касающиеся координации действий между различными отделениями Национальной службы здравоохранения Англии, что являлось причиной недостаточно эффективного использования службы скорой медицинской помощи.

Информация, представленная в отчете НУА, подтверждает стремление аудиторов применять и реализовывать на практике стандарты и методические рекомендации по организации и проведению аудита эффективности, что способствует повышению качества контрольных мероприятий и эффективности системы здравоохранения.

### **3.4.2 Опыт Высшего органа контроля Республики Польша**

Высший орган контроля (ВОК) Республики Польша (NIK) является высшим независимым государственным контрольным органом, миссия которого заключается в обеспечении эффективности государственных расходов. Более 90 лет ВОК изучает и оценивает работу польских государственных органов и эффективность бюджетных расходов.

Миссия ВОК состоит в том, чтобы способствовать рациональному управлению и эффективности государственной службы в интересах Республики Польша.

Концепция ВОК основана на четко определенных принципах: прозрачности намерений, надежности информации, аполитичности аудиторов и коллегиальности в принятии ключевых решений. Таким образом, ВОК соответствует требованиям мировых стандартов в области государственного контроля [124].

В мае 2018 года ВОК подготовлен отчет о результатах проведения аудита эффективности под названием «Создание карт потребности населения в медицинских услугах». Решение о проведении контрольного мероприятия было принято в связи с поступлением информации, которая свидетельствовала об ухудшении доступности медицинской помощи для населения в некоторых регионах страны.

Целесообразно ознакомиться с методическими подходами польского контрольного ведомства к проведению контрольного мероприятия и изучить его результаты.

*Аудит эффективности «Карты потребности населения в медицинских услугах»*

Главный вопрос контрольного мероприятия звучит следующим образом: «Тщательно ли подготовлены карты (планы) потребности населения в медицинских услугах, что позволило бы получить средства из фонда Европейского союза?».

Данный вопрос формулировался таким образом, потому что комитеты по здравоохранению и бюджету Европейского союза, прежде чем выделить очередной транш, хотели получить полную информацию о реальных потребностях населения Польши в медицинской помощи и правильности распределения ресурсов для ее оказания.

В целях проведения исследования и для ответа на главный вопрос аудиторы сформулировали следующие подвопросы:

1. Обеспечило ли Министерство здравоохранения Польши необходимые организационные условия, способствующие созданию реальной карты потребности населения в медицинских услугах?

2. Опирался ли процесс создания карт на достоверных и надежных источниках данных, учитывались ли при этом важнейшие риски функционирования системы здравоохранения?

3. Эффективно ли потрачены средства, предназначенные на реализацию мероприятий по созданию карт?

4. Позволили ли созданные карты привлечь средства из фонда Европейской союза и были ли они использованы для реорганизации системы здравоохранения, опираясь на анализе данных о потребности населения в медицинских услугах?

Предложенная ВОК Польши структура вопросов отвечает стандартам проведения аудита эффективности. Использование методологии позволяет провести исследования результативности действующей системы здравоохранения Польши, выявить ее недостатки, сформулировать выводы и рекомендаций по ее совершенствованию.

В отчете по результатам проведения аудита эффективности «Создание карт потребности населения в медицинских услугах» отражены следующие выводы.

Основной проблемой польской системы здравоохранения является неравномерное распределение по территории страны ее ресурсов, в том числе кадровых, что не отвечает потребностям населения в медицинских услугах.

Неравномерность распределения ресурсов приводит к ряду негативных последствий, включая миграцию пациентов, с целью получения медицинской помощи в других регионах страны. В результате чего растут финансовые обязательства по отношению к медицинским организациям, которые оказывают сверхплановую медицинскую помощь. В дальнейшем это приводит к декапитализации ресурсов системы здравоохранения, снижению доступности пациентов к медицинской помощи и ухудшению ее качества.

По сравнению со странами европейского союза в Польше один из самых высоких показателей количества больничных коек, приходящихся на 100 тысяч жителей. В течение последних семи лет в Польше появилось 200 новых больниц. По состоянию на конец 2016 года в Польше функционировало 957 круглосуточных стационаров, в которых развернуто 186,6 тыс. коек и 194 дневных стационаров, предлагающих 1,2 тыс. мест для оказания медицинской помощи. На 100 тысяч населения приходится 2,5 больницы и 48,6 коек на 10 тысяч жителей, т.е. на одну койку приходилось в среднем 206 жителей.

В 2016 году в больницы было госпитализировано 7,8 млн пациентов, что на 0,4% больше, чем в 2015 году. В результате складывается структура медицинских услуг, финансируемых из Национального фонда здравоохранения (далее - НФЗ), которая не выгодна для публичного налогоплательщика, так как большая часть средств расходуется на стационарное лечение, а данный вид лечения является самым дорогостоящим. В 2016 году доля расходов на стационарное лечение составила 49,38% от общей стоимости расходов НФЗ, направляемых на лечение населения (в 2015 г. – 49,01% и в 2010 г. – 47,5%). Высокая доля расходов на стационарное лечение в общем объеме расходов на оказание медицинской помощи объясняется высокой стоимостью диагностики и лечения в процессе госпитализации. Рост госпитализации и проводимых диагностических услуг в больницах свидетельствует о недостатках в работе первичной амбулаторно-поликлинической службы.

Результаты контрольных мероприятий, проведенных ВОК Польши в предыдущие годы, уже показывали, что управляющие организации принимали инвестиционные решения и закупали для медицинских организаций оборудование, осуществляли строительные и ремонтные работы, принимали на работу дополнительный медицинский персонал без уточнения потребности населения в медицинских услугах в каждом конкретном регионе. Не принималось в расчет, что в регионе уже существуют медицинские организации аналогичного профиля и в результате новые инвестиции приводили к снижению эффективности использования уже существующих ресурсов.

В период 2010-2016 гг. большинство медицинских организаций оказывало медицинские услуги в объемах больших, чем это было запланировано в договорах с НФЗ, а часть из них наоборот - в объемах меньше, чем это было предусмотрено в договорах. Это свидетельствует о наличии структурных перекосов при определении потребности населения в медицинской помощи. В отдельных регионах доступность населения к оказанию некоторых видов медицинских услуг (амбулаторно или стационарно) не обеспечивалась в необходимых объемах, а реализация объемов и ассортимента медицинских услуг не всегда соответствовала предусмотренным в договорах условиям. Это приводило к тому, что часть населения вынуждена была обращаться за медицинской помощью в медицинские организации из других регионов, в которых лучше развита инфраструктура медицинских услуг.

В результате финансовые средства перераспределялись между региональными отделами НФЗ в пользу тех регионов, которые обладали наиболее развитой инфраструктурой для оказания населению медицинской помощи.

Одним из инструментов, с помощью которого рекомендовано принимать решения по совершенствованию системы здравоохранения в Польше, является создание карт потребности населения в медицинских услугах. Объективный анализ информации о текущем состоянии здравоохранения позволяет создавать условия, стимулирующие развитие региональной и общенациональной инфраструктуры в соответствии с потребностями населения в медицинской помощи.

Для целей модернизации системы здравоохранения в 2007-2013 гг. в бюджет НФЗ дополнительно были направлены средства из фонда Европейского союза в сумме 4,5 млрд польских злотых. На 2014-2020 гг. предусмотрено финансирование

из этого же источника в сумме 12,0 млрд польских злотых (около 3,0 млрд евро). Выделение второго транша финансовых средств зависело от степени реализации работ по реструктуризации системы здравоохранения, в т.ч. на основе разработанных карт потребности населения в медицинских услугах и приведения ресурсов здравоохранения в соответствие с будущей потребностью населения в медицинских услугах.

В европейских странах карты потребности населения в медицинских услугах создаются как вспомогательный элемент процесса принятия решений в системе здравоохранения в целях обеспечения реализации мероприятий на основе объективного анализа и основных положений социально-экономической политики в сфере здравоохранения.

По результатам проведения аудита эффективности ВОК Польши сделал следующие выводы.

Опубликованные карты потребности населения в медицинской помощи содержат ряд неточных данных, касающихся санитарно-эпидемиологического состояния территорий и ресурсной базы, что снижает возможность использования подготовленных карт для принятия ключевых решений в сфере здравоохранения, в том числе относительно инвестиций. Основной причиной качественных недостатков карт является включение в них неактуальных или неполных данных о пациентах или о материально-технических ресурсах медицинских организаций.

Кроме того, анализ проводился Министерством здравоохранения в основном на основе информации, касающейся 2012-2013 гг. И, хотя представленные расчеты позволили формально выполнить требования Европейского союза и получить необходимые финансовые средства, но, в то же время, выросли риски принятия ошибочных стратегических решений по развитию инфраструктуры национальной системы здравоохранения.

Таким образом, по мнению ВОК Польши, министр здравоохранения не обеспечил создание оптимальных условий для разработки карт. Кроме того, к работе над созданием карт не были привлечены внешние эксперты, и потому сотрудники министерства вынуждены были отработать в период 2014-2017 гг. в общей сложности 6,3 тыс. сверхурочных часов.

Формальное выполнение требований Европейского союза и получение финансирования на реализацию проектов, предусмотренных картами, не гарантирует перестройку системы здравоохранения в соответствии с потребностями населения в медицинских услугах и потребуются актуализация карт на основе реальных данных. Это позволит определить приоритетные направления региональной политики в сфере здравоохранения и уменьшить риски принятия необоснованных решений, касающихся инвестиций и закупки медицинских услуг.

Применение методологии аудита эффективности ВОК Польши для оценки перспективы развития системы здравоохранения Польши, позволяет своевременно выявлять ошибки планирования и искажения исходных данных, использованных для расчета потребности населения в медицинских услугах. Это способствует повышению эффективности и результативности управления системой здравоохранения и использования финансовых средств, направляемых в сферу здравоохранения.

### **Выводы к главе 3**

1. Организация и проведение контрольных мероприятий в Российской Федерации подтвердили обоснованность и практическую целесообразность применения методологии аудита эффективности, основанной на использовании метода «Дерево целей», трансформированного в метод «Дерево вопросов», который позволяет формировать систему показателей и критериев оценки результатов деятельности объектов аудита, задействованных в реализации программ и проектов в сфере здравоохранения

Использование метода «Дерево вопросов», как метода формирования программы контрольного мероприятия позволяет охватить оценкой эффективности деятельность органов исполнительной власти в сфере здравоохранения на федеральном и региональном уровнях, организаций, участвующих в процессе оказания населению медицинской помощи, использующих бюджетные средства, как победители государственных торгов.

2. В ходе исследования установлено, что изучение темы аудита эффективности на этапе формирования «Дерева вопросов», показателей и матрицы позволяют определить основной перечень объектов контрольного мероприятия и уточнить предмет контрольного мероприятия. В результате в перечень объектов аудита включаются все основные участники реализуемого проекта/программы. На примере аудитов эффективности использования бюджетных средств в сфере здравоохранения показана необходимость включения в перечень объектов аудита ключевых коммерческих организаций, использующих бюджетные средства (федерального и регионального уровней). Это позволяет оценить действенность и рациональность взаимодействия между государственными и частными организациями, а также эффективность государственного регулирования коммерческой деятельности в сфере здравоохранения.

3. Доказана целесообразность использования «сотового метода», разработанного в процессе исследования, как метода сквозного контроля и единого научно-методического обеспечения и стандартизации проведения и анализа результатов аудитов эффективности использования бюджетных средств, направляемых на реализацию национальных проектов и государственных программ в сфере здравоохранения.

Основой «сотового» метода является разработка программы контрольного мероприятия и ее реализация с использованием единых критериев оценки деятельности объектов проверки, достижения ими целевых показателей, предусмотренных государственными программами и национальными проектами в сфере здравоохранения.

4. Анализ зарубежного опыта использования методологии аудита эффективности подтверждает значимость результатов для совершенствования государственной нормативной правовой базы в сфере здравоохранения и реализации мероприятий, направленных на повышение доступности и качества медицинской помощи для населения страны.



## **Глава 4 Развитие методов анализа и оценки эффективности финансирования системы здравоохранении**

Программно-целевые методы управления государственными финансами, как приоритетная задача бюджетной политики, впервые была озвучена в бюджетном послании Президента Российской Федерации Федеральному собранию в июне 2013 года [255].

Главной целью Правительства Российской Федерации в рамках реализации программы повышения эффективности бюджетных расходов [22], являлось «...создание условий для повышения эффективности деятельности публично-правовых образований по выполнению государственных (муниципальных) функций и обеспечению потребностей граждан и общества в государственных (муниципальных) услугах, увеличению их доступности и качества, реализации долгосрочных приоритетов и целей социально-экономического развития».

В число основных задач, требующих решения для достижения главной цели, вошли: обеспечение тесной увязки стратегического и бюджетного планирования и целеполагания бюджетных расходов с мониторингом достижения заявленных целей, создание механизмов стимулирования участников бюджетного процесса к повышению эффективности бюджетных расходов и проведению структурных реформ, а также другие задачи.

В результате государственные программы Российской Федерации стали одним из основных механизмов, связывающим стратегическое и бюджетное планирование. Статьи бюджетных расходов в государственных программах были сгруппированы в соответствии со стратегическими целями, на достижение которых направлялись бюджетные средства, и, таким образом, реализовывался принцип бюджетирования, ориентированного на результат (БОР) [75]. Изменен принцип эффективности использования бюджетных средств [1] получил новую формулировку.

Следует принять во внимание, что государственное управление накладывает на оценку эффективности государственных программ дополнительные условия, а

именно, эффективность рассматривается не только с экономической, но и с социальной точки зрения, поэтому ожидаемые результаты носят, прежде всего, социальный характер, оцениваются с позиции пользы для общества [75].

Вопросы эффективности государственного управления в сфере здравоохранения являются актуальными на протяжении всей истории Российской Федерации. По мнению ученых в 2000-х годах этот процесс перешел из стадии обсуждения в стадию реализации отдельных проектов в сфере здравоохранения, которые получили дополнительное государственное финансирование. Активно начала меняться нормативно-правовая база, регулирующая сферу здравоохранения. Особое внимание уделено реорганизации управления медицинскими организациями, внедрению государственного менеджмента, который способствует повышению качества организации медицинских услуг, удовлетворению потребности граждан в объемах и видах оказываемой им медицинской помощи и минимизации ресурсных затрат [166; 168; 193; 232].

#### **4.1 Анализ методов оценки результативности государственных программ Российской Федерации в сфере здравоохранения**

В 2014 году утверждена первая Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» [12], которая стала основным стратегическим инструментом, связывающим бюджетное планирование с ожидаемыми результатами реализации мероприятий по развитию системы здравоохранения.

Основной целью ГП «Развитие здравоохранения» являлось обеспечение доступности медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки.

В ГП «Развитие здравоохранения» на 2013-2020 гг. вошло 13 подпрограмм, реализация которых предусматривается за счет средств федерального бюджета,

средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее – ФОМС) и Фонда социального страхования Российской Федерации (далее – ФСС).

Для каждой из подпрограмм утвержден паспорт, в котором определены цели, задачи, объемы финансирования, с указанием источников финансирования, исполнители, целевые индикаторы и показатели, ожидаемые результаты реализации подпрограммы.

Общий объем финансирования программы на период 2013-2020 гг. составил 13 118,6 млрд рублей, из которых средства федерального бюджета составили около 19,0%, а средства ФОМС – свыше 80,0%.

Средства консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации в финансировании программных мероприятий не учитывались.

В качестве целевых установлено 12 индикаторов и показателей, которые можно сгруппировать по трем основным оценочным направлениям: медико-демографические, обеспечение доступности медицинской помощи и экономические.

Группировка показателей, в соответствии с положениями ГП «Развитие здравоохранения», представлена в таблице 24.

Таблица 24 – Группировка ожидаемых результатов ГП «Развитие здравоохранения» 2013 - 2020 гг.

Группа показателей	Наименование показателей
Демографические	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении
	Смертность от всех причин
	Смертность от болезней системы кровообращения
	Смертность от дорожно-транспортных происшествий
	Смертность от новообразований
	Смертность от туберкулеза
	Младенческая смертность
Обеспечение доступности медицинской помощи	Обеспеченность врачами
	Количество среднего медицинского персонала, приходящегося на 1 врача
Экономические	Отношение среднемесячной заработной платы медицинских работников (врачи, средний (младший) медицинский персонал) к среднемесячной начисленной заработной плате наемных работников организаций в целом по экономике в субъектах Российской Федерации

Источник: составлено автором по материалам [11].

Анализ структуры программы показывает, что ГП «Развитие здравоохранения» выстроена по системе: «цель – задачи – мероприятия –

финансирование – результаты» и она обязательна для программ субъектов Российской Федерации, которые определяют развитие здравоохранения в регионе, исходя из своих возможностей и потребности населения в медицинской помощи.

В 2017 году в ГП «Развитие здравоохранения» внесено 3 новых приоритетных проектов. Реализация приоритетных проектов направлена на формирование здорового образа жизни, создание новой модели медицинской организации по принципу бережливого производства, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, и на повышение уровня профессионального развития медицинских работников.

В 2018 году Минздравом России подготовлен отчет [329], в котором отмечается, что планом реализации ГП «Развитие здравоохранения» предусмотрено 106 контрольных событий, из которых 40 выполнены в установленные сроки, а 66 ранее установленного срока, т.е. степень выполнения контрольных событий составила 100%.

Анализ структуры ГП «Развитие здравоохранения» показывает, что в нее включено 134 целевых показателя, из которых 12 относится к основному уровню программы и 122 показателя относится к уровню подпрограмм.

Анализ информации о достижении плановых значений показателей по подпрограммам представлен в таблице 25 (выборочно).

Таблица 25 –Итоги реализации ГП «Развитие здравоохранения» в 2017 году

Наименование подпрограмм ГП «Развитие здравоохранения»	Количество показателей	Из них достигнуто
Основные показатели	12	8
Подпрограмма 1 «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи»	27	22
Подпрограмма 2 «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи»	21	16
Подпрограмма 4 «Охрана здоровья матери и ребенка»	11	8
Всего:	134	97

Источник: составлено автором по материалам [329].

Оценка реализации ГП «Развитие здравоохранения» по итогам 2017 года исходя из количества достигнутых значений показателей, составляет 72,3%. При этом в отчете отсутствует анализ причин недостижения значений целевых показателей и увязка ожидаемых результатов с финансовыми результатами.

В рамках Федерального плана статистических работ рассчитывается 70 показателей, или 52% от общего числа. Согласно данным Росстата достигнуты плановые значения показателей смертности от болезней системы кровообращения, туберкулеза, дорожно-транспортных происшествий и младенческой смертности. Однако, не достигнуты плановые значения показателя смертности от новообразований (в том числе злокачественных) на 100 тыс. населения (196,9 случаев смерти при плане 194,4) и показателя ожидаемая продолжительность жизни при рождении (72,7 лет при плане 73,0).

Сравнение значений этих показателей с 2016 годом показало, что существует положительные тенденции в достижении целевых значений показателей.

Превышено плановое значение показателя «Количество среднего медицинского персонала, приходящегося на 1 врача», которое составило 2,5 при плане 2,3, и оказалось лучше значения показателя в 2016 году (2,4).

Результаты анализа показали, что из 12 основных показателей ГП «Развитие здравоохранения» плановые значения не были достигнуты по трем показателям.

Более подробный анализ информации позволяет оценить позитивные и негативные результаты реализации ГП «Развитие здравоохранения».

Показатель ожидаемой продолжительности жизни следует разделить на две составляющие: мужчины, у которых значение показателя 67,6 лет (рост 1,1 год) и женщин 77,6 лет (рост 0,6 года). Это показывает, что темпы роста ожидаемой продолжительности жизни у мужчин выше, чем у женщин.

Это связано с тем, что смертность лиц трудоспособного возраста у мужчин всегда была выше, чем у женщин и снижение этого показателя у мужчин отразилось на снижении в 2017 году общего показателя смертности лиц трудоспособного возраста на 8,5% по сравнению с 2016 годом.

Общий показатель смертности в 2017 году снизился на 3,9% по сравнению с 2016 годом (с 12,9 до 12,4 на 1000 населения), а по сравнению с 2012 годом (13,3 на 1000 населения) на 6,8 %.

Младенческая смертность в России в 2017 году уменьшилась до 5,5 на 1000 родившихся, что на 8,3% ниже, чем в 2016 году.

В отчете Минздрава отмечены субъекты Российской Федерации с лучшими и худшими показателями смертности и как свидетельствуют цифры, отличия в

значениях показателей составляют 200-300%. При этом изменения по сравнению с 2016 годом носят разнонаправленный характер, что позволяет говорить об отсутствии стабильности позитивных изменений, несмотря на реализацию дорогостоящих мероприятий в сфере здравоохранения.

Выборочный анализ материалов о реализации мероприятий, предусмотренных подпрограммами ГП «Развития здравоохранения» позволяет оценить масштабность действий и полученный результат.

В 2018 году появился новый пилотный проект, которым предусматривается развитие первичной медико-санитарной помощи за счет внедрения в повседневную практику медицинских организаций, Lean-технологий (бережливое производство), способствующих созданию пациент-ориентированной системы оказания медицинских услуг и внедрению благоприятной производственной среды.

В результате внедрен проект «Бережливая поликлиника», который предусматривает реализацию в пилотных поликлиниках проведения ряда ремонтных и организационных мероприятий, включая разделение потоков здоровых и больных посетителей, оптимизацию навигации и маршрутизации для посетителей, создание центров медицинской профилактики и др.

Созданы более комфортные условия пребывания посетителей в поликлинике, в том числе посетителей с ограниченными возможностями, сокращено время, затрачиваемое посетителями на пребывание в поликлинике, в том числе при проведении диспансеризации и т.д.

Согласно данным, представленным в отчете Минздрава, по итогам реализации проекта в пилотных поликлиниках в 2017 году удалось сократить время ожидания в очереди у регистратуры в 4 раза (с 36 до 9 минут), пребывания в поликлинике (за счет сокращения обращений пациентов в регистратуру) в 1,4 раза (со 108 до 77 минут), время ожидания пациентом у кабинета приема врача в 8 раз (с 96 до 12 минут) и др.

Реализация пилотного проекта стала основой для принятия Президиумом Совета по стратегическому развитию и приоритетным проектам решения от 26 июля 2017 г. об утверждении приоритетного проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь».

Учитывая необходимость улучшения значения показателя по смертности от новообразований, которое отстает от европейских стандартов, с 2018 года предусмотрены дополнительные мероприятия, направленные на формирование системы оказания онкологической помощи населению. Выделено два главных аспекта - раннее выявление онкологических заболеваний и проведение специализированного комбинированного противоопухолевого лечения.

Согласно данным Росстата за 2017 год показатель смертности от новообразований снизился на 2,3% по сравнению с аналогичным периодом 2016 года и составил 196,9 на 100 тыс. населения.

Снижение показателя отмечено в 53 субъектах Российской Федерации, а рост – в 31 субъекте Российской Федерации.

Самые высокие значения показателя смертности от новообразований находятся в границах 250-260 на 100 тыс. населения, самые низкие 52-80 на 100 тыс. населения. Как видно региональный фактор оказывает большое влияние на значение показателя и требует детального изучения, в связке с первичной выявляемостью заболевания, одногодичной летальностью и пятилетней выживаемостью.

Сравнительный анализ данных показывает, одногодичная летальность в 2017 году по сравнению с 2012 годом снизилась с 26,1% до 22,5% а пятилетняя выживаемость за этот же период выросла с 51,1% до 53,9%.

Улучшился и такой показатель как доля злокачественных новообразований, выявленных на ранних стадиях заболевания (I-II стадии), значение которого за период с 2012 по 2017 гг. выросло с 50,5% до 55,6 %.

Интерес представляет еще одно мероприятие из подпрограммы 2, а именно - основное мероприятие 2.10 «Совершенствование высокотехнологичной медицинской помощи».

С 1 января 2015 года, в соответствии с федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ [5] финансовое обеспечение ВМП (за исключением наиболее затратных видов ВМП) осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования.

В результате в 2017 году ВМП, не включенная в базовую программу ОМС, оказана в 136 федеральных государственных учреждениях и в 412 медицинских организациях 69 субъектов Российской Федерации.

Количество пациентов, которым в 2017 году оказана ВМП, составило 1047,9 тыс. человек при этом финансирование за счет базовой программы ОМС составило 96,7 млрд рублей и за счет бюджетных субсидий федеральным государственным учреждениям 90,7 млрд рублей.

Сопоставление этих данных с данными аудита эффективности, проведенного Счетной палатой Российской Федерации в 2011 году показывает, что объем финансирования ВМП увеличился более, чем в 3 раза.

В 2017 году в ГП «Развития здравоохранения» внесены изменения [11] и с 2018 года перечень показателей изменен, что не позволяет в дальнейшем сопоставлять эффективность реализации отдельных мероприятий, включенных в подпрограммы в 2014 году.

С учетом Указа Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 [9] на период 2018-2025 гг. в ГП «Развития здравоохранения» утверждена реализация 9 направлений (подпрограмм), в число которых вошли:

1. Совершенствование оказания медицинской помощи, включая профилактику заболеваний и формирование здорового образа жизни.
2. Развитие и внедрение инновационных методов диагностики, профилактики и лечения, а также основ персонализированной медицины.
3. Развитие кадровых ресурсов в здравоохранении.
4. Организация обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации.

В финансировании ГП «Развитие здравоохранения» [11] учтены средства не только федерального бюджета и Федерального фонда обязательного медицинского страхования, но и средства консолидированного бюджета субъектов Российской Федерации.

Значения целевых показателей определены на каждый год в период с 2017 года по 2025 год.

Структура ГП «Развитие здравоохранения» включает в себя наименование проектов (программ) с указанием целей, сроков (этапов) реализации и наименование ведомственных целевых программ (далее - ВЦП) и отдельных мероприятий с указанием сроков (этапов) реализации по каждому направлению (подпрограмме).

Изучение и анализ структуры ГП «Развитие здравоохранения» показывает,



что по мысли авторов программы, утвержденные проекты (программы), ВЦП и мероприятия должны обеспечить достижение целевых значений показателей. При этом в число проектов (программ) вошли приоритетные и ведомственные проекты.

Средства консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации включены в ГП «Развитие здравоохранения», утвержденную постановлением Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 № 1640 на 2018-2025 гг. и составили около 40% от общего объема финансирования мероприятий, предусмотренных ГП «Развитие здравоохранения».

Таким образом, с 2018 года ГП «Развитие здравоохранения» реализуется в новом формате и ее финансирование осуществляется за счет средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования (около 51%), средств консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации (около 40%) и средств федерального бюджета (около 8%).

В отчете Минздрава России об итогах работы в 2018 году и задачах на 2019 год [256] отмечаются достижения по выполнению плановых значений показателя «Ожидаемая продолжительность жизни при рождении», который составил 72,9 лет (рост на 0,2 лет по сравнению с 2017 годом – 72,7 лет).

Необходимо отметить, что данный показатель у мужчин и женщин отличается на 10 лет и составил в 2018 году у мужчин 67,8 лет (рост на 0,3 лет по сравнению с 2017 годом) и у женщин 77,8 лет (рост 0,2 лет).

Главной причиной улучшения показателя, по мнению Минздрава России, является снижение смертности лиц трудоспособного возраста. Этот показатель в 2018 году составил 481,6 случаев на 100 тыс. человек трудоспособного возраста и снизился по сравнению с 2017 годом на 0,6%. При этом для мужчин этот показатель улучшился на 1% и составил 728,6 на 100 тыс. человек соответствующего возраста. Как видно, улучшение состояния здоровья мужчин трудоспособного возраста является катализатором к улучшению значений основных показателей ГП «Развитие здравоохранения»: «Ожидаемая продолжительность жизни при рождении» и «Смертность лиц трудоспособного возраста».

В 2018 году продолжился тренд улучшения показателя младенческой смертности, значение которого в 2018 году по сравнению с 2017 годом снизилось на

8,9 % (с 5,6 до 5,1 на 1000 родившихся живыми). При этом, в 44 субъектах Российской Федерации значение этого показателя ниже среднероссийского.

Минздравом России разработан национальный проект «Здравоохранение», утвержденный 24.12.2018 г. на Президиуме Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам, в котором также присутствуют целевые показатели, но их значения частично отличаются от тех, что утверждены в ГП «Развитие здравоохранения», в лучшую сторону. Сравнение целевых показателей по ГП «Развитие здравоохранения» и национального проекта «Здравоохранение» представлено в таблице 26.

Таблица 26 – Целевые показатели в ГП «Развитие здравоохранения» к 2025 году и в национальном проекте «Здравоохранение» до 2024 года

Наименование показателей	ГП - 2025	НП - 2024
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет	до 76	до 78
Смертность населения в трудоспособном возрасте, случаев на 100 тыс. населения	до 380	до 350
Смертность от болезней системы кровообращения, случаев на 100 тыс. населения	до 500	до 450
Смертность от новообразований, в т.ч. злокачественных, случаев на 100 тыс. населения	до 185	до 185

Источник: составлено автором по материалам [9; 11; 12].

В ГП «Развитие здравоохранения» на 2018-2025 гг. определены основные цели и их значения по годам ее реализации, но исходя из отчетов Минздрава России, трудно утверждать, что с принятием ГП «Развитие здравоохранения» произошел переход к «программному бюджету», который является инструментом государственного программно-целевого планирования и управления в сфере здравоохранения.

Отсутствует научно обоснованная корреляционная связь между объемом финансирования, организацией мероприятий, оценкой качества их реализации и конечными результатами, выраженными медико-демографическими показателями здоровья населения.

Кроме того, отсутствуют методики оценки вклада отдельно взятой медицинской организации в достижение целевых показателей на региональном уровне, что снижает возможности их прогнозирования и точечного направления

ресурсов в процессы, способствующее повышению эффективности системы здравоохранения.

Государственные программы развития здравоохранения субъектов Российской Федерации утверждены с учетом параметров ГП «Развитие здравоохранения», но могут включать дополнительные показатели оценки деятельности региональной системы здравоохранения и медицинских организаций, осуществляющих свою деятельность в субъектах Российской Федерации. Кроме того, утверждены региональные составляющие национального проекта в соответствии с паспортами федеральных проектов, которые содержат планируемые значения показателей, объемов финансового обеспечения, задачи, планируемые результаты, контрольные точки и мероприятия.

#### **4.2 Региональный аспект оценки эффективности реализации государственных программ в сфере здравоохранения**

Региональный аспект оценки эффективности реализации государственных программ в сфере здравоохранения исследуется на примере Государственной программа города Москвы «Развитие здравоохранения города Москвы» - Столичное здравоохранение), которая рассчитана на период до 2020 года.

В 2018 - 2019 гг. в программу Столичное здравоохранение было внесено ряд изменений [30], но главная цель программы: «Улучшение здоровья населения города Москвы на основе повышения качества и улучшения доступности медицинской помощи, приведения ее объемов и структуры в соответствие с заболеваемостью и потребностями населения, современными достижениями медицинской науки, повышения качества окружающей среды», осталась без изменений.

В ГП «Столичное здравоохранение» определены конечные результаты (показатели), их значения на период 2017-2021 гг., а также объем финансирования мероприятий, реализуемых в рамках программы, которые представлены в таблице 27.

Таблица 27 - Конечные результаты с разбивкой по годам реализации Государственной программы города Москвы

Наименование конечного результата	Количество случаев на 100 тысяч населения				
	2017 г факт	2018 г факт	2019 г прогноз	2020 г прогноз	2021 г прогноз
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет	77,9	77,9	78,6	78,95	79,1
Смертность населения трудоспособного возраста	305,5	305,0	304,0	304,0	304,0
Смертность <sup>1</sup>	287,7	287,0	286,0	286,0	286,0
Младенческая смертность <sup>2</sup> , случаев на 1 тыс. родившихся живыми	4,5	4,1	4,3	4,2	4,2
Примечания					
1 Смертность постоянного населения города Москвы трудоспособного возраста					
2 Младенческая смертность постоянного населения города Москвы					

Источник: составлено автором по материалам [30].

Общий объем финансирования мероприятий, предусмотренных ГП «Столичное здравоохранение» на период 2017-2021 годов с учетом всех источников финансирования составляет 2651,1 млрд рублей. Распределение по источникам финансирования и по годам представлено в таблице 28.

Таблица 28 - Объем финансовых ресурсов по всем источникам финансирования

Источники финансирования	В миллиардах рублей				
	2017 г факт	2018 г факт	2019 г прогноз	2020 г прогноз	2021 г прогноз
Всего:	449,9	495,1	549,8	569,3	587,0
Бюджет города Москвы	220,7	223,6	279,2	281,3	283,2
Средства федерального бюджета	7,0	7,3	6,5	6,5	6,5
Средства бюджетов государственных внебюджетных фондов	215,9	261,9	292,0	312,1	330,8
Средства юридических и физических лиц	64,6	67,4	68,8	68,7	68,7

Источник: составлено автором по материалам [30].

Принципы программно-целевого формирования бюджета направлены на обеспечение взаимосвязи между общественно значимыми конечными результатами и объемом финансовых ресурсов, направляемых на их достижение.

В программе Столичное здравоохранение можно даже выделить всего три основных цели, так как с учетом значительного количества в Москве временно проживающего населения, которому оказывается медицинская помощь в городских

медицинских организациях, принято решение о разделении показателей, касающихся смертности трудоспособного населения и младенческой смертности в зависимости от места постоянного проживания граждан.

Контрольно-счетная палата Москвы, оценивая результаты реализации программы «Столичное здравоохранение» [257], отметила многократные изменения в программе в течение 2012-2018 гг. количества конечных результатов/показателей (увеличение с 42 показателей по состоянию на 01.01.2012 г. до 168 на 01.01.2015 г. и в дальнейшем уменьшение до 22 показателей по состоянию на 01.07.2018 г.).

Если сравнить значения целевых показателей, предусмотренных в ГП «Развитие здравоохранения» и в программе «Столичное здравоохранение», то можно заметить, что в Москве требования к достижению конечных результатов значительно выше.

По показателю «Ожидаемая продолжительность жизни при рождении» в ГП «Развитие здравоохранения» заложено целевое значение к 2020 году – до 75 лет, в программе «Столичное здравоохранение» - план на 2020 год – 79,0 лет.

По показателю «Смертность населения трудоспособного возраста» в ГП «Развитие здравоохранения» планируется к 2020 году достичь уровня 461,2 человек на 100 тыс. населения, а в программе «Столичное здравоохранение» 303,0 человека и для постоянного населения города Москвы – 285,0 человек.

Таким образом, можно отметить амбициозные планы руководителей Москвы по достижению целевых показателей в сфере здравоохранения по отношению к средним значениям показателей по Российской Федерации.

Всего в период 2018-2020 гг. планируется израсходовать на реализацию мероприятий, предусмотренных программой «Столичное здравоохранение», 1533,9 млрд рублей, из которых 52,3% составляют средства государственных внебюджетных фондов, 46,5% - средства бюджета города Москвы и менее 1,3% средства федерального бюджета.

В качестве стратегического направления совершенствования системы управления государственной системой здравоохранения города Москвы выбрано создание современной, технологически насыщенной и экономически эффективной модели здравоохранения. Ресурсные возможности отрасли здравоохранения и

инфраструктурный потенциал города Москвы, которые выше среднероссийских показателей, позволяет реализовать такую модель в достаточно короткие сроки.

Развитие системы здравоохранения города Москвы обеспечивается за счет государственной системы здравоохранения города Москвы, федеральных медицинских организаций и частной системы здравоохранения с сохранением государственного регулирования. Многоуровневая модель здравоохранения позволяет создать для населения города Москвы оптимальные условия по обеспечению доступности и качества оказания медицинской помощи.

Важнейшим направлением, способствующим достижению основной цели программы «Столичное здравоохранение», является проведение структурных преобразований в системе здравоохранения. По мнению авторов программы, они служат главным инструментом воздействия на развитие первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи.

В программе «Столичное здравоохранение» выделены первостепенные целевые направления, которые включают в себя:

- повышение эффективности деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь;
- совершенствование системы подушевого финансирования медицинских организаций с учетом численности прикрепившихся к ним лиц;
- внедрение мониторинга оценки эффективности деятельности медицинских организаций на основе показателей эффективности их руководителей и работников.

Программой «Столичное здравоохранение» в целях обеспечения доступности и улучшения качества оказания медицинской помощи в городе Москве предусматривается реализация мероприятий, способствующих созданию условий для осуществления независимой оценки качества работы медицинских организаций.

Методология аудита эффективности использования государственных ресурсов отводит методам независимой оценки реализации программ и проектов, в которых используются государственные средства, особое место.

Поэтому привлечение общественности к решению проблем, связанных с качеством и доступностью медицинской помощи, проведение социологических исследований среди потребителей медицинских услуг, оказывает влияние на общую оценку эффективности исполнения программы «Столичное здравоохранение».

Важной задачей, решаемой в процессе реализации программы «Столичное здравоохранение» является обеспечение медицинских организаций квалифицированными медицинскими кадрами и повышение престижа медицинской профессии.

Создание единого информационного пространства системы здравоохранения города Москвы позволяет обеспечить автоматизацию процессов организации и оказания медицинской помощи населению в городе Москве. Мероприятия по оснащению медицинских организаций государственной системы города Москвы техническими средствами, позволяющими использовать современные информационные технологии, обеспечивать персонифицированный учет пациентов и медицинских услуг является важнейшим элементом системы измерения значений показателей и оценки эффективности реализации программы «Столичное здравоохранение».

Из числа ключевых задач, решаемых в рамках ГП «Столичное здравоохранение», следует выделить задачу по обеспечению приоритета профилактики в сфере охраны здоровья населения, включая приоритетное развитие первичной медико-санитарной помощи.

Решение данной задачи взаимосвязано с решением других задач, таких как совершенствование технологий оказания медицинской помощи и обеспечение высококвалифицированными кадрами.

Достижение значений показателей, предусмотренных ГП «Столичное здравоохранение» в значительной степени зависит от деятельности отдельно взятой медицинской организации. Однако, отсутствует система определения прямой взаимосвязи между качеством организации медицинской помощью и достигнутыми значениями медико-демографических показателей.

Анализ показателей, характеризующих конечные результаты деятельности медицинских организаций, показывает различия значений на 20-40% достигнутых разными организациями, имеющими схожий объем финансовых ресурсов. Методы исследования, включенные в методологию аудита эффективности, позволяют установить взаимосвязь конечных результатов с объемом имеющихся ресурсов и эффективностью их использования, что представлено в главах 5 и 6 настоящей диссертации на примере медицинских организаций, оказывающих населению

первичную медико-санитарную помощь.

Численность постоянного взрослого населения (18 лет +) в Москве (средняя за 2018 год) составляла 10459,6 тыс. человек.

Согласно прогнозам Росстата (по среднему варианту) численность трудоспособного населения к 2022 году сократится. На начало 2019 года (данные Росстата от 13.03.2019) на 1000 лиц трудоспособного возраста приходится 753 человека, в т.ч. моложе трудоспособного возраста 268 человек и старше трудоспособного возраста – 485 человек.

Данные о численности населения Москвы по половозрастным группам в период 2016-2019 годов представлены в таблице 29.

Таблица 29 - Численность населения Москвы на начало 2016-2019 гг.

Возраст	Пол	Человек			
		Январь 2016	Январь 2017	Январь 2018	Январь 2019
18-39 лет	Ж	2 061 468	2 017 088	1 998 955	1 970 483
40-54 года	Ж	1 399 811	1 396 555	1 401 593	1 417 868
55-64 года	Ж	954 808	973 349	990 858	1 006 505
65 лет и старше	Ж	1 260 639	1 289 008	1 324 402	1 359 182
18-39 лет	М	1 952 234	1 907 274	1 886 173	1 854 602
40-59 лет	М	1 716 554	1 724 612	1 736 388	1 752 964
60-64 года	М	314 979	327 550	340 285	356 363
65 лет и старше	М	696 903	720 164	747 564	775 068
Всего	М+Ж	10 357 396	10 355 600	10 426 218	10 493 035

Источник: составлено автором по материалам [258; 259].

Данные, представленные в таблице 29, показывают, что в возрастной группе 18-39 лет соотношение численности женщин и мужчин в период с 2016 по 2019 год не меняется и составляет 1,06. В группе 65 лет и старше, этот показатель значительно выше и имеет положительную тенденцию к снижению с 1,81 в 2016 году до 1,75 в 2019 году.

Согласно данным, указанным в ГП «Столичное здравоохранение» ожидаемая продолжительность жизни при рождении в 2018 году составила 77,9 лет и не изменилась по сравнению с 2017 годом. Целевой показатель (прогноз) на 2019 год составляет 78,6 лет.

Смертность населения трудоспособного возраста снизилась с 305,5 случаев на 100 тыс. населения в 2017 году до 305,0 случаев - в 2018 году. При расчете показателя в отношении постоянного населения города Москвы – значение показателя снизилось с 287,7 до 287,0 случаев соответственно.



Целевые показатели (прогноз) на 2019 год составляют 304,0 и 286,0 случаев на 100 тыс. населения соответственно.

Из числа наиболее актуальных целевых направлений совершенствования государственной системы здравоохранения города Москвы, способствующих достижению конечных результатов (плановых показателей) следует выделить следующие:

- реализация мер государственной политики, направленных на снижение смертности населения и увеличение продолжительности жизни;
- оптимизация коечного фонда исходя из потребностей населения в соответствующих видах медицинской помощи;
- развитие системы медицинской профилактики, совершенствование методологии проведения диспансеризации населения;
- совершенствование нормативно-подушевого финансирования на прикрепившихся к медицинским организациям лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинских организаций.

Особое место уделяется структурным преобразованиям за повышения роли и удельного веса первичной медико-санитарной помощи, что отражается в структуре финансирования ТПГГ Москвы.

Направление значительного объема бюджетных средств и средств фондов обязательного медицинского страхования (ОМС) в сферу здравоохранения вызывает необходимость организации соответствующего контроля эффективности их расходования, повышения ответственности получателей финансовых средств перед обществом.

Объемы финансирования медицинских организаций, оказывающих ПМСП, основаны на подушевом нормативе, который зависит от половозрастной категории прикрепленных граждан.

Данное условие является необходимым для распределения объемов финансирования среди медицинских организаций, но недостаточным для обеспечения контроля качества организации и оказания населению медицинской помощи.

Качественные и количественные параметры здоровья гражданина и его изменения в процессе оказания медицинской помощи представлены в медицинской

карте. Формат записи данных о состоянии здоровья гражданина и оказываемой ему медицинской помощи не позволяет в полной мере проводить цифровую обработку данных и систематизировать их соответствующим образом для нужд управления системой здравоохранения, что ограничивает варианты принятия управленческих решений в сфере здравоохранения.

#### **4.2.1 Анализ статистической информации об основных показателях здоровья населения Москвы и деятельности медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы**

Целевые (конечные) значения показателей, включенные в программу «Столичное здравоохранение» характеризуют, прежде всего, медико-демографические показатели города Москвы.

По данным Департамента здравоохранения города Москвы [258; 259] темпы прироста численности постоянного населения города Москвы в 2012-2018 гг. составляли в среднем 0,8% в год. За счет роста количества родившихся увеличивалась численность детей в возрасте 0-14 лет. В то же время наблюдается интенсивный процесс старения населения города Москвы, что выражается увеличением численности и доли лиц старшего возраста, что представлено в таблице 30.

Таблица 30 – Данные о численности и половозрастной структуре постоянного населения города Москвы в период 2015-2018 гг.

Возраст (лет) / Год	Человек			
	2015	2016	2017	2018
Все население:	12 197 596	12 330 126	12 380 664	12 506 468
Дети (0-17 лет)	1 896 404	1 972 730	2 025 064	2 080 250
Моложе трудоспособного (0-15 лет)	1 718 410	1 782 519	1 824 319	1 878 867
Трудоспособного (ж. 16-54, м. 16-59)	7 357 162	7 320 278	7 246 274	7 224 492
Старше трудоспособного (жен: от 55 лет, муж: от 60 лет)	3 122 024	3 227 329	3 310 071	3 403 109

Источник: составлено автором по материалам [258; 259].

По сравнению с 2017 году численность постоянного населения города Москвы в 2018 году выросла на 1,02%, при этом численность трудоспособного населения снизилась на 0,3%, а старше трудоспособного населения выросла на 2,8%, что означает рост потребности в объемах оказания медицинских услуг.

Одновременно, в Москве происходит процесс миграции населения (соотношение прибывших и выбывших), который вносит значительный вклад в рост численности населения Москвы. По итогам 2017 года миграционный прирост в Москве, основная часть которого приходится на лица трудоспособного возраста, составил более 100 тыс. человек, что составляет 88% общего прироста. На естественный прирост приходится 12%.

Статистические данные свидетельствуют, что в 2017 году в Москве зарегистрировано снижение рождаемости по сравнению с 2016 годом, что соответствует общероссийскому тренду. Одной из причин снижения рождаемости, наблюдаемой с 2015 года, является изменение возрастной структуры населения, но в Москве темпы снижения рождаемости ниже, чем в среднем по России.

Общее количество зарегистрированных смертей в 2017 году снизилось на 3,8%, поэтому несмотря на снижение рождаемости в Москве наблюдался естественный прирост населения, который в 2017 году снизился до 1,2 на 1000 населения, а в 2018 году до 0,9 в то время как по России в среднем отмечена естественная убыль населения.

В таблице 31 представлены данные о родившихся и умерших в период 2015 - 2018 гг.

Таблица 31 – Данные о числе родившихся, умерших и естественном приросте населения по городу Москве в период 2015-2018 гг.

Человек на 10 тыс. населения

Показатели / Год	2015	2016	2017	2018
Родившиеся	11,6	11,8	10,8	10,6
Умершие	9,9	10	9,6	9,7
Естественный прирост	1,7	1,8	1,2	0,9

Источник: составлено автором по материалам [258; 259].

По итогам 2017 года отмечается снижение количества умерших практических во всех возрастных группах. Количество умерших в трудоспособном возрасте ежегодно снижается как в абсолютных числах, так и в расчете на 100 тыс. населения соответствующего возраста. По данным за 2017 год снижение составило 5,6% для мужчин и 4,7% для женщин, что нашло отражение в таблице 32.

Таблица 32 – Данные о смертности в разрезе половозрастных групп населения по городу Москве в период 2015-2017 гг.

	Человек		
Возраст (лет) / Год	2015	2016	2017
Всего умерших, из них в возрасте, лет	121 891	123 778	118 966
Дети (0-17 лет)	1 238	1 213	1 183
Трудоспособного (все 16-59 лет)	27 656	26 283	24 894
Трудоспособного (ж. 16-54 лет, м. 16-59 лет)	24 990	23 633	22 140
Старше трудоспособного (все: 60 лет и старше, в т.ч. возраст не установлен)	92 997	96 282	92 889
Старше трудоспособного (жен: от 55 лет, муж: от 60 лет)	95 663	98 932	95 643

Источник: составлено автором по материалам [258; 259].

В 2018 году наблюдался рост числа умерших до 120 775 человек или на 1,5%. При этом снизилась смертность в более молодых возрастных группах 0-4 лет, 25-29 лет и более возрастных группах 50-59 лет и 75-79 лет. В остальных возрастных группах произошло увеличение числа умерших.

Наряду со снижением количества умерших в трудоспособном возрасте наблюдается изменение структуры смертности по причинам. Отмечен рост смертности от болезни системы кровообращения и значительное снижение от других причин смерти. В период 2008-2014 гг. в целях улучшения показателей по смертности от отдельных причин, во многих субъектах Российской Федерации практиковалось некорректное заполнение данных о смертности. В результате резко росла смертность от других причин смерти и снижалась от причин, по которым велся мониторинг показателей реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» и ГП «Развитие здравоохранения». В отдельные годы доля смертности от других причин смерти в отдельных регионах доходила до 20% от общей смертности. После 2014 года в связи с принятием ряда административных решений эта проблема в основном была устранена. В Москве этот показатель снизился в период 2015-2018 гг. в три раза. Данные о количестве умерших по основным классам причин смерти представлены в таблице 33.

Таблица 33 – Количество умерших в Москве по основным классам причин смерти в период 2015-2018 гг.

Смертность от причин /Год	Человек			
	2015	2016	2017	2018
Всего умерших от всех причин, в том числе:	121954	123623	118966	120775
болезни системы кровообращения	64849	65244	65583	66548
новообразования	25879	26221	25819	26835
болезни органов дыхания	3270	3317	3234	3134
болезни органов пищеварения	4777	4917	4736	4697
несчастные случаи, отравления и травмы	6083	6012	5812	5877
некоторые инфекционные и паразитарные болезни	1365	1293	1375	1606
без внешних причин смерти	115871	1176111	113154	114898

Источник: составлено автором по материалам [258; 259].

В связи с тем, что мониторинг показателей в программе «Столичное здравоохранение» осуществляется в пересчете на 100 тыс. населения соответствующего возраста, интересно рассчитать показатель смертности в другом формате, как это представлено в таблице 34. По данному показателю Москва превосходит некоторые страны ОЭСР, например, Германию и Италию, таблица 50.

Таблица 34 - Коэффициент смертности в Москве по основным классам причин смерти в период 2015-2018 гг.

Смертность от причин /Год	Человек на 100 тыс. населения			
	2015	2016	2017	2018
Общий коэффициент смертности, от всех причин, в том числе:	993,9	1000,8	960,3	961,5
болезни системы кровообращения	531,2	528,7	529,4	529,8
новообразования	212,0	212,5	208,4	213,6
болезни органов дыхания	26,8	26,9	26,1	24,9
болезни органов пищеварения	39,1	39,8	38,2	37,4
несчастные случаи, отравления и травмы	49,8	48,7	46,9	46,8
некоторые инфекционные и паразитарные болезни	11,2	10,5	11,1	12,8
без внешних причин смерти	999,0	1001,7	913,4	914,7

Источник: составлено автором по материалам [258; 259].

Успешность решения задач, предусмотренных программой «Столичное здравоохранение», в значительной степени зависит не только от объема финансовых ресурсов, но и развитости кадровой и материально-технической базы, что напрямую связано с эффективностью использования финансовых ресурсов в Москве.

Согласно данным Департамента здравоохранения города Москвы [258; 259] сеть медицинских организаций в столице состоит из самостоятельных амбулаторно-поликлинических организаций (155 в 2017-2018 гг. и 159 в 2016 г.), больничных

организаций (65 в 2018 г., 67 в 2017 г. и 73 в 2016 г.) и санаторно-курортных организаций (13 в 2018 г., 16 в 2017 г. и 17 в 2016 г.). Таким образом, можно отметить снижение количества медицинских организаций, что свидетельствует о реализации направления программы «Столичное здравоохранение», связанное со структурными преобразованиями в государственной системе здравоохранения города Москвы.

Согласно данным формы федерального статистического наблюдения (ФСН) № 30 за 2017 год численность обслуживаемого прикрепленного населения (данные регионального сегмента Единого реестра застрахованных лиц) в городе Москве составила 10573,7 тыс. человек, в том числе детей в возрасте 0-17 лет включительно – 1896,6 тыс. человек, населения трудоспособного возраста – 5695,7 тыс. человек и населения старше трудоспособного возраста – 2981,4 тыс. человек. В 2018 году численность застрахованных лиц увеличилась до 10764,1 тыс. человек, в том числе населения старше трудоспособного возраста до 3056,0 тыс. человек

Особое значение для определения объемов и качества наличия ресурсов в сфере здравоохранения имеет характеристика кадровых ресурсов – медицинского персонала (количество, структура и квалификация).

Данные статистической отчетности позволяют проанализировать изменения в части обеспеченности медицинских организаций кадровыми ресурсами и сравнить данные за несколько лет, которые представлены в таблице 35.

Таблица 35 - Кадровые ресурсы медицинских организаций Москвы в период 2016 - 2018 гг.

Наименование показателя	Человек					
	Врачи 2016 г.	Врачи 2017 г.	Врачи 2018 г.	СМП <sup>1</sup> 2016 г.	СМП <sup>1</sup> 2017 г.	СМП <sup>1</sup> 2018 г.
Штатные единицы	61 560	61 777	59 375	100 583	92 912	91 157
Занятые штатные единицы	50 988	50 962	51 263	88 337	81 218	80 326
Количество физических лиц	43 777	44 103	45 689	79 173	72 316	71 320
Укомплектованность, % <sup>2</sup>	82,8	82,5	86,3	87,8	87,4	88,1
Коэффициент совместительства (единицы) <sup>3</sup>	1,16	1,16	1,12	1,12	1,12	1,13
Обеспеченность населения на 10000 человек населения <sup>4</sup>	35,36	35,62	36,53	63,95	57,85	57,03
Примечания						
1 СМП – средний медицинский персонал						
2 Число занятых должностей /число штатных должностей 100%						
3 Число должностей, занятых врачами – основными работниками/число физических лиц – основных работников						
4 Рассчитано как число физических лиц (врачей/СМП на конец года) x 10 000 /численность населения на конец года						

Источник: составлено автором по материалам [258; 259].

Представленные данные свидетельствуют, что количество врачей, работающих в медицинских организациях (физические лица) несколько увеличилось. Что касается среднего медицинского персонала, то количество штатных единиц и физических лиц уменьшилось. При этом снижается обеспеченность населения врачами и средним медицинским персоналом.

Данные о количестве младшего медицинского персонала свидетельствуют, что оно сократилось в 3-4 раза. Основной причиной сокращения численности младшего медицинского персонала является перевод медицинских регистраторов, медицинских дезинфекторов (без медицинского образования или профессиональной подготовки) и санитарок на должности администраторов и уборщиков, относящихся к категории «Прочий персонал».

Одновременно, получило развитие процесса аутсорсинга медицинскими организациями персонала для выполнения работ ранее выполняемых штатным средним и младшим медицинским персоналом.

Основной причиной происходящего является отсутствие финансовых ресурсов на обеспечение уровня заработной платы младшего медицинского в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года [10], согласно которому средний и младший медицинский персонал должен получать среднюю заработную плату на уровне 100% от уровня средней заработной платы экономическом секторе субъекта Российской Федерации. По мнению специалистов и прежде всего среднего медицинского персонала это было некорректное решение, которое способствовало переводу вспомогательного персонала, не имеющего прямого контакта с пациентами, из категории младшего медицинского персонала в прочий персонал, заработная плата которого Указом Президента Российской Федерации не регулируется.

Отдельно следует рассмотреть структуру медицинских работников по наличию у них квалификационной категории (КК) и их доли среди медицинского персонала, что представлено в таблице 36 на примере 2018 года.

Таблица 36 – Информация о численности медицинских работников с высшей и первой квалификационной категорией в 2018 году.

Наименование показателя	Число физлиц, чел.	В процентах		
		Доля с высшей КК	Доля с первой КК	Доля со второй КК
Врачи	45 689	23,34	6,50	2,78
Специалисты с высшим немедицинским образованием	1 472	7,81	4,42	1,56
Провизоры	1 152	11,20	7,90	0,95
Средний медперсонал (без медицинских регистраторов)	71 320	32,72	7,67	2,21
Фармацевты	969	14,35	9,49	0,41

Источник: составлено автором по материалам [258; 259].

Анализ статистической информации за период с 2015 года свидетельствует о стабильном снижении численности врачей и среднего медицинского персонала, владеющих квалификационной категорией, которое продолжилось в 2018-2019 гг. При этом в группе среднего медицинского персонала динамика снижения доли специалистов с высшей квалификационной категорией ниже, чем в группе врачей.

Перспективы развития столичного здравоохранения связаны также и с возрастным составом работающего медицинского персонала, наличием молодых специалистов. Возрастная структура представлена в таблице 37.

Таблица 37 - Распределение медицинского персонала по возрасту в 2017-2018 гг.

Наименование показателя	В процентах					
	Молодые специалисты (до 36 лет)		Средний возраст (Ж: 36-55, М: 36-60)		Работающие пенсионеры	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Врачи	28,8	29,8	50,1	49,2	21,1	20,9
в том числе по организации здравоохранения	6,2	4,9	72,4	72,9	21,4	22,2
Провизоры	17,8	18,4	48,4	46,3	33,8	35,3
Средние медицинские работники	29,4	29,2	53,2	53,4	17,4	17,4
Фармацевты	19,3	17,9	48,6	47,6	32,1	34,6
Специалисты с высшим немедицинским образованием	32,1	31,6	53,3	51,2	14,6	17,3

Источник: составлено автором по материалам [258; 259].

Анализируя данные, представленные в таблице 37 можно сделать вывод, что доля молодых специалистов в каждой категории, за исключением провизоров, фармацевтов и организаторов здравоохранения, превышает долю работающих пенсионеров. При этом доля работающих пенсионеров в категории врачей и



среднего медицинского персонала достаточно высокая и составляет в 2018 году 20,9% и 17,4% соответственно.

Оценка эффективности системы здравоохранения включает в себя не только оценку использования финансовых и кадровых ресурсов отрасли, но и медицинского оборудования (материально-техническое обеспечение медицинской организации), которое используется медицинским персоналом при оказании медицинской помощи. Во многом доступность медицинской помощи, прежде всего, при проведении диагностических исследований, зависит от наличия и работоспособности медицинского оборудования.

В качестве показателя, характеризующего уровень доступности медицинской диагностики, используется параметр обеспеченности медицинских организаций диагностическим медицинским оборудованием, например, компьютерными томографами, что представлено в таблице 38.

Таблица 38 - Обеспеченность медицинских организаций компьютерными томографами в 2016-2018 гг.

Наименование оборудования	Количество в единицах					
	2016 г. Всего	2016 г. ЧДА <sup>1</sup>	2016 г. ЧДА 10 <sup>2</sup>	2018 г. Всего	2018 г. ЧДА <sup>1</sup>	2018 г. ЧДА 10 <sup>2</sup>
Компьютерные томографы,	171	162	9	176	160	21
из них: пошаговые	3	3	3	3	2	-
спиральные односрезовые	5	5	2	5	4	2
спиральные многосрезовые, всего:	163	154	7	168	154	19
в т.ч.: менее 16 срезов	15	14	3	14	12	5
16 срезов	20	20	2	21	20	7
32–64 среза	62	56	1	26	21	4
64–128 срезов	45	44	1	75	69	3
свыше 128 срезов	20	19	-	32	32	-
Примечания						
1 ЧДА - Число действующих аппаратов						
2 ЧДА 10 - Число действующих аппаратов со сроком эксплуатации свыше 10 лет						

Источник: составлено автором по материалам [258; 259].

Согласно статистическим данным в 2018 году выросло применение диагностических процедур, что отразилось на повышении интенсивности использования медицинского оборудования в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы. Информация представлена в таблице 39.

Таблица 39 - Интенсивность использования медицинского оборудования медицинскими организациями в 2016-2018 гг.

Наименование	Количество аппаратов всего, штук		Количество исследований всего		Количество исследований на 1 аппарат в год	
	2016 г.	2018 г.	2016 г.	2018 г.	2016 г.	2018 г.
Компьютерный томограф	171	176	781481	1168463	4570,1	6639,0
Магнитно-резонансный томограф	100	102	279782	358633	2797,8	3516,0
Аппараты УЗИ	3159	3274	14461721	16078712	4577,9	4911,0
Дентальные аппараты в стоматологии	188	185	858708	893641	4567,6	4830,5
Рентгеновские аппараты (без КТ)	2460	2383	13424556	13966516	5457,1	5860,9

Источник: составлено автором по материалам [258; 259].

Активное применение диагностических услуг при оказании медицинской помощи, способствует повышению ее качества и выявлению заболеваний, например, онкологических, на ранней стадии.

Анализ представленной в таблице 39 информации свидетельствует об увеличении средней нагрузки на одну единицу оборудования. Больше всего за два года выросла нагрузка на аппараты компьютерной томографии (45%) и на аппараты магнитно-резонансной томографии (26%).

В публикациях на тему эффективности в сфере здравоохранения выделяются критерии оценки эффективности, которые структурируются по направлениям: медицинская, социальная и экономическая эффективность.

Обладая определенным набором ресурсов и информацией о состоянии здоровья населения, Департамент здравоохранения города Москвы формирует перечень приоритетных мероприятий, способствующих повышению доступности и качества медицинской помощи, удовлетворению потребности населения в медицинских услугах и их качеством.

Одним из показателей, характеризующих интенсивность работы медицинской организации, является число посещений гражданами врачей и количество врачебных посещений на дому, данные о которых представлены в таблице 40.

Таблица 40 - Интенсивность посещения медицинских организаций, в том числе врачебных посещений на дому, и объем лабораторных и инструментальных исследований в 2016- 2018 гг.

Наименование показателей	2016 г.	2018 г.
Число посещений (без посещений стоматологов), тысяч посещений	94 568,4	96 150,5
в т.ч. посещения на дому, тысяч посещений	7 352,4	5 779,6
Число посещений на 1 жителя (без посещений стоматологов), посещений	7,6	7,7
Удельный вес помощи на дому, %	7,8	6,0
Количество исследований, проведенных кабинетами функциональной диагностики на одного жителя, единиц	1,1	1,0
Количество лабораторных анализов на одного жителя, единиц	46,3	29,3
Количество физиотерапевтических процедур, отпущенных на одно лицо, закончившее лечение, единиц	11,8	10,3
Осмотрено с целью выявления больных туберкулезом, % к прикрепленному населению Москвы	67,9	70,4

Источник: составлено автором по материалам [258; 259].

Как свидетельствуют данные, представленные в таблице 40, посещаемость гражданами медицинских организаций в 2018 году по сравнению с 2016 годом выросла на 1,7%, но при этом снизилось количество врачебных посещений на дому.

Следующим важным аспектом оказания медицинской помощи является профилактическая работа с населением, которая включает в себя диспансеризацию и профилактические медицинские осмотры граждан. Данные об объемах медицинской помощи представлены в таблице 41.

Таблица 41 - Объем проведенных профилактических осмотров взрослого населения, детей и подростков в 2016-2018 гг.

Контингенты граждан	В тысячах человек					
	2016	2016	2016	2018	2018	2018
	ПОсм <sup>1</sup>	Осм <sup>2</sup>	%	ПОсм <sup>1</sup>	Осм <sup>2</sup>	%
Дети в возрасте 0–14 лет включительно	1 497,9	1 496,3	99,9	1 574,4	1 574,2	99,9
из них: дети до 1 года	102,3	101,6	99,4	93,5	93,5	99,9
Подростки в возрасте 15–17 лет включительно	242,7	242,6	99,9	303,9	303,9	99,9
Из общего числа подростков 15–17 лет (стр.3) – юношей	120,7	120,7	100	152,5	152,5	100,0
Контингенты взрослого населения (18 лет и старше), всего	1 864,7	1 847,8	99,1	2 331,1	2 285,6	98,0
Всего	3 605,4	3 586,7	99,5	4 209,5	4 163,7	98,9
Примечания						
1 ПОсм – подлежало осмотру						
2 Осм - осмотрено						

Источник: составлено автором по материалам [258; 259].

В число конечных (целевых) показателей программы «Столичное здравоохранение» входят смертность от сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. В этой связи важнейшей задачей медицинских организаций является выявление этих заболеваний на ранней стадии и качественная организация процесса лечения.

В 2018 году уровень общей заболеваемости населения города Москвы вырос по сравнению с 2016 годом на 3,3%, а в группе лиц старше трудоспособного возраста только на 0,6%. Рос заболеваемости наблюдался и по отдельным классам. Например, в классе «болезни мочеполовой системы» - 15,1% (в группе лиц старше трудоспособного возраста – 9,3%), «новообразования» рост составил 9,1% (5,0%), «болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ» - 5,5% (снижение 0,6%), «болезни системы кровообращения» - 4,5% (2,2%).

Значительно снизилась на 19,6% общая заболеваемость в классе «психические расстройства и расстройства поведения», у лиц старше трудоспособного возраста на 18,1%.

В 2018 году показатели общей заболеваемости злокачественными новообразованиями выросли по сравнению с 2016 годом на 8,5%. По мнению врачей специалистов, это связано с увеличением продолжительности жизни населения (частота появления онкогематологических заболеваний увеличивается с возрастом), а также прогредиентным увеличением опухолевых заболеваний, которые обусловлены биологическим фактором.

Увеличение числа общей заболеваемости болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением, у лиц трудоспособного возраста обосновывается улучшением качества ранней диагностики гипертонической болезни, в результате снижается число выявления заболеваемости по данной нозологии. Небольшие колебания в значениях показателей нестабильной стенокардии и инфаркта миокарда не являются статистически значимыми.

Уменьшение числа общей заболеваемости у лиц трудоспособного возраста острыми респираторными инфекциями верхних дыхательных путей иллюстрирует уровень эффективности мероприятий по вакцинации населения в городе Москве.

Динамика общей заболеваемости и лиц старше трудоспособного возраста отражена в таблице 42.

Таблица 42 - Общая заболеваемость взрослого населения (18 лет и старше) по классам заболеваний и отдельных болезней в 2016-2016 гг.

Число зарегистрированных случаев заболевания на 100 тысяч населения

Наименование классов и отдельных болезней	Код по МКБ	Всего		В т.ч. старше трудоспособного возраста	
		2016	2018	2016	2018
Зарегистрировано заболеваний – всего, в том числе:	A00-T98	116388,9	120202,4	180138,1	181180,2
некоторые инфекционные и паразитарные болезни	A00-B99	1 962,1	1 882,6	1 830,5	1 719,2
новообразования	C00-D48	4 731,9	5 160,4	9 129,9	9 584,0
из них: злокачественные новообразования	C00-C96	2 933,5	3 181,9	6 881,8	7 269,0
болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	E00-E89	6 664,6	7 029,8	13 035,9	12 962,8
из них: болезни щитовидной железы	E00-E07	2 242,0	2 332,6	3 859,0	3 838,5
сахарный диабет	E10-E14	3 338,2	3 486,5	7 698,4	7 878,6
сахарный диабет II типа	E11	3 168,1	3 309,0	7 578,5	7 755,2
психические расстройства и расстройства поведения	F01, F03-F99	2 749,0	2 210,8	3 143,0	2 573,8
болезни нервной системы	G00-G98	1 538,9	1 534,1	1 480,1	1 421,5
болезни системы кровообращения	I00-I99	27 078,7	28 286,0	60 807,6	62 154,2
болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением	I10-I13	9 425,5	9 959,8	19 627,5	20 659,7
гипертензивная болезнь сердца (гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца)	I11	8 760,5	9 343,4	19 387,0	20 518,5
ишемические болезни сердца	I20-I25	8 159,0	8 339,9	19 580,7	18 985,0
из них: стенокардия	I20	3 856,8	3 642,7	9 003,9	8 251,5
хроническая ишемическая болезнь сердца	I25	4 217,5	4 609,6	10 391,6	10 549,8
цереброваскулярные болезни	I60-I69	6 427,1	6 923,6	15 666,0	16 505,9
болезни органов дыхания	J00-J98	18 204,2	19 125,7	16 898,5	16 807,1
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	M00-M99	12 156,1	12 067,4	20 720,8	20 023,2
болезни мочеполовой системы	N00-N99	10 155,4	11 686,8	12 976,0	14 178,0

Источник: составлено автором по материалам [258; 259].

Наравне с общей заболеваемостью необходимо рассматривать показатель заболеваний, с диагнозом, установленным впервые в жизни. В случае, если рост данного показателя связан с количеством впервые выявленных заболеваний при проведении профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, то это может свидетельствовать о качестве медицинской помощи при проведении этих мероприятий.

Статистические данные за 2018 год свидетельствуют о росте уровня первичной заболеваемости у взрослых на 3,2%, в том числе у лиц старше трудоспособного возраста на 1,4%.

Данные о первичной заболеваемости взрослого населения представлены в таблице 43.

Таблица 43 - Первичная заболеваемость взрослого населения (18 лет и старше) по классам заболеваний и отдельных болезней в 2016-2018 гг.

Наименование классов и отдельных болезней	Код по МКБ	Число зарегистрированных случаев заболевания			
		Всего		В т.ч. старше трудоспособного возраста	
		2016	2018	2016	2018
Зарегистрировано заболеваний – всего, в том числе:	A00-T98	41 653,0	42 992,8	37 667,9	38 209,7
некоторые инфекционные и паразитарные болезни	A00-B99	1 552,2	1 541,9	1 515,8	1 486,6
новообразования	C00-D48	1 087,6	1 181,1	1 808,2	1 886,0
из них: злокачественные новообразования	C00-C96	394,6	451,8	986,7	1053,5
болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	E00-E89	666,5	721,5	806,6	747,9
из них: болезни щитовидной железы	E00-E07	220,8	213,2	268,7	234,0
сахарный диабет	E10-E14	200,2	224,0	349,8	383,7
сахарный диабет II типа	E11	193,3	217,6	347,2	383,2
психические расстройства и расстройства поведения	F01, F03-F99	257,8	259,1	383,4	435,5
болезни нервной системы	G00-G98	408,7	393,0	380,5	371,5
болезни системы кровообращения	I00-I99	1 599,0	1 658,5	2 484,0	2 412,4
болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением	I10-I13	442,7	510,1	524	510,0
гипертензивная болезнь сердца (гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца)	I11	363,7	424,6	507,9	505,8
ишемические болезни сердца	I20-I25	388,7	407,6	697,3	699,8
из них: стенокардия	I20	87,1	101,6	141,9	132,5
хроническая ишемическая болезнь сердца	I25	216,9	218,5	370,2	383,7
цереброваскулярные болезни	I60-I69	335,6	363,6	646,3	686,2
болезни органов дыхания	J00-J98	14 646,5	1 4895,6	11570,2	10 945,3
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	M00-M99	1 729,4	1 765,1	2 122,9	2 113,9
болезни мочеполовой системы	N00-N99	3 179,7	4 016,4	2 310,3	3 348,1

Источник: составлено автором по материалам [258; 259].

По классам заболеваний наблюдается разнонаправленная динамика. Максимальный рост показателей первичной заболеваемости отмечается в классе «болезни мочеполовой системы» на 26,3% (у лиц старше трудоспособного возраста на 44,9%), в классе «злокачественные новообразования» на 14,5% (6,8% соответственно), «сахарный диабет II типа» на 12,6% (10,4% соответственно).

В классе «болезни системы кровообращения» общий рост на 3,7% и снижение на 2,9% у лиц старше трудоспособного возраста. При этом в классе «болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением» разница более значительная, общий рост 15,2% и снижение у лиц старше трудоспособного возраста на 2,7%.

Постановка диагноза и выбор метода лечения заболевания является важнейшим этапом на пути выздоровления человека. Следующий этап - это

наблюдение врача за состоянием здоровья пациента. Для этой цели пациент ставится на диспансерное наблюдение и в зависимости от успешности лечения может быть через некоторое время (сроки прописаны в нормативных правовых актах, утверждаемых органами исполнительной власти в сфере здравоохранения) снят с диспансерного наблюдения.

Анализ статистических данных за 2018 год показывает, что по сравнению с 2016 годом отмечается рост показателей, характеризующих охват диспансерным наблюдением у взрослых, в среднем на 12,0%.

Рост показателей произошел в основном за счет класса «болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани» (более 30,0% за два года) и класса «болезни системы кровообращения» (более 15,0%).

У взрослых старше трудоспособного возраста рост показателей диспансерного наблюдения составляет 14,8%. Рост показателей произошел в основном в классах «болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани» (+38,9%) и «болезни системы кровообращения» (+18,2%).

#### **4.2.2 Результаты реализации программы «Столичное здравоохранение»**

Для анализа уровня достижения конечных результатов (целевых показателей) программы «Столичное здравоохранение» выбран ряд основных показателей из различных подпрограмм.

Анализ значений основных показателей проведен на основании данных статистических материалов [224; 258; 259], которые позволяют сравнить данные по Российской Федерации и по городу Москве.

Исследуемые данные свидетельствуют о том, что по некоторым позициям в 2018 году целевые значения показателей пока достичь не удалось, что может быть связано с различными объективными демографическими факторами, при этом финансирование программы осуществлено в полном объеме. Результат исследования представлен в таблице 44.

Таблица 44 - Сведения о достижении показателей (индикаторов) в рамках реализации ГП «Развитие здравоохранения» и «Столичное здравоохранение» в 2017 году

Человек на 100 тысяч населения

Наименование показателя	План РФ 2017	Факт РФ 2017	Москва План 2017	Москва Факт 2017	Москва План 2018	Москва факт 2018
Смертность от всех причин, человек на 1000 населения	12,1	12,4	9,6	9,6	9,6	9,7
Младенческая смертность, человек на 1000 родившихся живыми	5,8	5,6	5,6	5,7	5,5	5,4
Смертность от болезней системы кровообращения	598,7	587,6	528,0	537,0	336,9 <sup>1</sup>	521,6
Смертность от дорожно-транспортных происшествий	11,2	10,2	3,6	3,0	3,8	2,9
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных)	194,4	200,6	194,8	213,5	151,8 <sup>1</sup>	215,6
Смертность от туберкулеза	7,4	6,5	2,9	2,3	2,2	1,9
Дополнительные показатели						
Рождаемость, на 1 тыс. населения	12,9	11,5	11,8	10,7	11,5	10,6
Естественный прирост населения, на 1 тыс. населения	-0,01	-0,9	1,8	1,2	1,9	0,9
Смертность населения трудоспособного возраста	523,9	483,5	324,5	309,1	329,0	317,4
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет	71,9	72,7	77,1	77,9	77,3	77,8
Примечание – В программе «Столичное здравоохранение» (Москва План 2018) указаны значения стандартизированных показателей смертности по Москве						

Источник: составлено автором по материалам [30; 224; 258; 259].

Анализ эффективности реализации ГП «Столичное здравоохранение» в 2018 году осуществлялось Контрольно-счетной палатой Москвы [257]. По мнению аудиторов, достижение целевых значений показателей связано с реализацией мероприятий по реструктуризации медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в результате чего количество самостоятельных амбулаторно-поликлинических организаций сократилось на 130 единиц (с 285 в 2012 году до 155 в 2017 году). Аналогично реструктуризирован коечный фонд в Москве и количество больничных организаций сократилось на 66 единиц (с 133 в 2012 году до 67 в 2017 году). Это повысило эффективность административного и медицинского управления учреждениями здравоохранения.

В качестве положительного момента в отчете КСП города Москвы отмечается ежегодный рост количества выявляемых заболеваний злокачественными новообразованиями. За период с 2012 года по 2017 год доля больных с выявленными злокачественными новообразованиями на I-II стадии выросла 53,7% до 59,2%, или в количественном исчислении с 38770 человек до 47506 человек



(22,5%). При этом с 2015 года темпы выявления заболеваний злокачественными заболеваниями на I-II стадии опережают темпы выявления заболеваний злокачественными заболеваниями на III-IV стадии, что является фактором, способствующим снижению смертности в Москве от злокачественных новообразований.

В качестве отрицательных фактов реализации программы «Столичное здравоохранение» отмечается снижение численности населения, обратившегося в центры здоровья для прохождения комплексного обследования. При этом отмечен рост удельного веса выявляемых лиц с факторами риска развития заболеваний. Данные о посещаемости центров здоровья представлены в таблице 45.

Таблица 45 – Данные о посещаемости населением центров здоровья в 2015-2017 гг.

Наименование показателя	Человек		
	2015	2016	2017
Число лиц, обратившихся в центры здоровья	498 477	292 944	279 681
Из них прошли комплексное обследование	494 365	290 134	275 525
Число лиц (из обследованных), у которых выявлены факторы риска развития заболеваний	269 614	172 507	168 492
Число лиц (из обследованных), у которых выявлены факторы риска развития заболеваний, %	54,5	59,5	61,2

Источник: составлено автором по материалам [257; 258; 259].

В отчете КСП города Москвы содержится ряд критических замечаний, касающихся реализации мероприятий программы «Столичное здравоохранения», например, замена одних показателей оценки эффективности реализации программы на другие, которые иной раз не связаны с проводимым мероприятием или на реализацию которых не предусмотрено финансирование. В заключении указывается, что оценка эффективности программы «Столичное здравоохранение» осуществлялось «... на основании оценки степени достижения конечных результатов и показателей без учета затрат на их реализацию, что не обеспечило взаимосвязь оценки эффективности программы с оценкой экономической эффективности расходов на ее реализацию. Как следствие, при ежегодной оценке эффективности программы, проведение комплексной оценки не осуществлялось» [257].

В качестве недостатка отмечено также отсутствие актуальной методики расчета ведомственных индикаторов, что не способствовало проведению достоверной оценке эффективности реализации программы «Столичное здравоохранение». Действующая Методика [36] не содержит порядок расчета ряда

показателей, введенных в программу после ее утверждения [257].

Закономерным следствием вышеуказанных фактов становится необходимость анализа сложившейся практики оценки программно-целевых документов, их концептуальное осмысление и выработка основных направлений оценивания государственных программ в сфере здравоохранения.

Приведенные сведения еще раз свидетельствуют о целесообразности применения методологии аудита эффективности в ходе проведения контрольных мероприятий, целью которых является оценка эффективности использования государственных ресурсов при заданных конечных (целевых) значениях показателей.

#### **4.3 Модели и структура финансирования системы здравоохранения и медицинских организаций в Москве и оценка качества управления финансовыми ресурсами**

Переход на одноканальное финансирование медицинских организаций осуществляется в Российской Федерации с 2013 года, в результате чего повышается значимость Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, которая ежегодно утверждается Правительством Российской Федерации [15]. На ее основе утверждаются территориальные программы государственных гарантий (ТППГ). ТППГ Москвы на 2019 и на плановый период 2020 и 2021 годов утверждена в декабре 2018 года [31].

Основанием для разработки и утверждения ТППГ Москвы являются федеральные законы, регулирующие сферу здравоохранения [3; 5], поэтому ТППГ Москвы определяет единый механизм реализации на территории Москвы прав граждан на охрану здоровья и обеспечивает их конституционные права на получение бесплатной медицинской помощи.

ТППГ Москвы является документом, в котором утверждены все основные параметры деятельности медицинских организаций (виды, формы и условия оказываемой бесплатно медицинской помощи) и нормативы финансирования,

оказываемой им медицинской помощи (порядок и структура формирования тарифов, способы оплаты медицинской помощи) [31]

Объемы медицинской помощи, с разделением на виды и источники их финансирования, доводятся Департаментом здравоохранения Москвы до медицинских организаций, и отражают потребности населения в видах и объемах медицинской помощи, которые могут быть исполнены, исходя из утвержденных объемов финансирования ТПГГ Москвы.

ТПГГ Москвы включает в себя утвержденную стоимость медицинской помощи по источникам финансирования и условиям ее оказания, а оценка результативности деятельности медицинских организаций оценивается на основе утвержденных целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи.

ТПГГ Москвы определены предельные сроки оказания населению медицинской помощи, которые должны быть обеспечены медицинскими организациями при обращении к ним граждан и являются основными условиями предоставления медицинской помощи. На 2019 год, как и в предыдущие годы, установлены значения показателей, характеризующих сроки ожидания оказания медицинской помощи.

Так, например, оказание медицинской помощи в стационарных условиях в плановой форме должно осуществляться не позднее 20 календарных дней со дня выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию пациента, а для пациентов с онкологическим заболеванием – не более 14 календарных дней (без учета высокотехнологичной медицинской помощи).

Срок ожидания приема врачами-терапевтами (врачами общей практики, семейными врачами) при оказании первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в плановой форме осуществляется по предварительной записи пациентов и не должен превышать 24 часов с момента обращения пациента.

Ожидание приема врача-специалиста при обращении пациента (в плановой форме) составляет не более 10 календарных дней.

Определены и сроки ожидания проведения диагностических инструментальных и лабораторных исследований, которые составляют не более 10 календарных дней со дня назначения. Для проведения компьютерной томографии

сроки ожидания в плановой форме составляют не более 26 календарных дней со дня назначения, а для пациентов с онкологическим заболеванием – не более 14 дней.

Диспансерное наблюдение граждан, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, осуществляется в рамках ТПГГ Москвы в сроки, с периодичностью которая установлена нормативными правовыми актами, определяющими порядок проведения диспансерного наблюдения.

Все эти значения используются для разработки нормативных критериев оценки эффективности деятельности медицинских организаций.

ТПГГ Москвы включает в себя территориальную программу обязательного медицинского страхования (далее – ТП ОМС), которая формируется и утверждается Московским городским фондом обязательного медицинского страхования (далее – МГ ФОМС).

Ответственность за развитие системы ОМС в Москве и за обеспечение целевого и рационального использования средств ОМС несет МГ ФОМС.

В ТП ОМС не входит оказание медицинской помощи при определенных заболеваниях (например, синдром приобретенного иммунодефицита, туберкулез, психические расстройства и пр.), оказание этих видов медицинской помощи осуществляется за счет бюджета Москвы.

Порядок формирования и структура тарифа на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее - тарифы на оплату медицинской помощи) устанавливаются в соответствии с законодательством об ОМС [5], а тарифы на оплату медицинской помощи устанавливаются Тарифным соглашением на оплату медицинской помощи, оказываемой по ТП ОМС (далее - Тарифное соглашение), которое заключается между ДЗМ, МГ ФОМС, представителями медицинских организаций и профессионального союза медицинских работников Москвы, которые включены в состав Комиссии по разработке ТП ОМС Москвы.

Основным способом оплаты услуг за оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях является подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации.

Медицинская помощь, оказанная в стационарных условиях, в основном

оплачивается за законченный или прерванный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний).

Перечень способов оплаты медицинской помощи, установленных ТП ОМС Москвы, содержится в Тарифном соглашении.

Медицинская помощь в рамках ТППГ Москвы, в которую входит ТП ОМС, оказывается за счет средств федерального бюджета, средств бюджета Москвы, выделяемых на финансовое обеспечение реализации ТППГ и средств обязательного медицинского страхования.

В ТППГ Москвы подробно описано за счет какого источника финансирования оказываются те или иные виды медицинской помощи, в каких условиях и в каких случаях.

Важным элементом ТППГ является определение нормативов объема медицинской помощи в целом и по ее видам. Нормативы включают в себя расчет на одного жителя Москвы в год за счет средств бюджета города Москвы и расчет на одно застрахованное лицо в год за счет средств ОМС в рамках базовой программы ОМС. Нормативы устанавливаются в единицах объема медицинской помощи на одного гражданина и дифференцируются с учетом уровней оказания медицинской помощи. В Москве утверждена трехуровневая система организации медицинской помощи.

Например, в ТППГ Москвы на 2019 год на одно посещение с профилактическими и иными целями при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями за счет средств бюджета Москвы норматив составляет 1681,56 рубля и за счет средств ОМС – 825,42 рубля. Для проведения профилактических медицинских осмотров, в том числе проведения диспансеризации, за счет средств ОМС – 2076,44 рубля. Стоимость обращения по поводу заболевания оценивается выше и составляет за счет бюджета Москвы – 2985,22 рубля и за счет средств ОМС – 2688,85 рубля.

Различия в стоимости оплаты за посещение с профилактической целью и по поводу заболевания накладывает на медицинскую организацию дополнительную ответственность по обеспечению качественного лечения, которое контролируется со стороны страховых медицинских организаций и МГ ФОМС.

На один случай госпитализации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, норматив за счет средств бюджета Москвы в 2019 году составляет 161452,00 рубля, а за счет средств ОМС – 63841,41 рубля.

В период с 2017 года по 2019 год тарифы на оказание медицинской помощи выросли на 20-30%, что значительно увеличило объем финансирования медицинских организаций. В результате подушевые нормативы финансового обеспечения получения медицинской помощи, предусмотренной ТППГ на 2019 год в рублях в расчете на одного гражданина в год, составляют 31993,32 рубля, из них за счет средств ОМС – 21324,61 рубля.

Подушевой тариф распределяется между медицинскими организациями с учетом половозрастных коэффициентов дифференциации, которые определяются в Тарифном соглашении на оплату медицинской помощи, оказываемой по ТПОМС, следующих половозрастных групп прикрепленного населения, что представлено в таблице 46.

Таблица 46 – Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива для медицинских организаций с подушевым финансированием, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в 2019-2020 году

Группа	До 1 года	1-4 года	5-17 лет	18-59 лет мужчины	18-54 лет женщины	60 лет и старше мужчины	55 лет и старше женщины
Коэффициент	4,78	1,73	1,73	0,42	0,81	0,89	1,35

Доля Источник: составлено автором по материалам [223].

Анализ объемов финансового обеспечения по программе «Столичное здравоохранение» и ТППГ на 2019 год показывает, что объем средств, предусмотренных программой «Столичное здравоохранение» составляет 549,8 млрд рублей, что более чем на 140 млрд рублей превышает стоимость ТППГ Москвы. В основном это связано с объемом средств, выделяемых на реализацию программы «Столичное здравоохранение» из бюджета города Москвы. Данные об источниках и объемах финансирования представлены в таблице 47.

Таблица 47 - Источники и объемы финансирования ТПГТ Москвы на 2019 год

Источники финансирования	Всего, тыс. рублей	На одного жителя (одно застрахованное лицо) в год, рублей
Стоимость Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, всего	395 975 842,20	31 993,32
I Средства консолидированного бюджета города Москвы	134 162 984,00	10 668,71
II Стоимость Территориальной программы обязательного медицинского страхования, всего	261 812 858,20	21 324,61
1. Стоимость ТП ОМС за счет средств ОМС в рамках базовой программы ОМС	258 898 658,20	21 087,25
1.1. Субвенции из бюджета Федерального фонда ОМС	238 524 981,70	19 427,82
1.2. Межбюджетные трансферты бюджета города Москвы на финансовое обеспечение ТП ОМС в части базовой программы ОМС	19 477 247,00	1 586,42
1.3. Прочие поступления	896 429,50	73,01

Источник: составлено автором по материалам [31].

Средства консолидированного бюджета города Москвы в общей стоимости ТПГТ составляют 34,0%, без учета межбюджетных трансфертов бюджета города Москвы на финансовое обеспечение ТП ОМС в части базовой программы ОМС.

ТПГТ установлены критерии доступности и качества медицинской помощи, целевые значения показателей, на основе которых комплексно оценивается их уровень и динамика.

В качестве критериев качества медицинской помощи установлены показатели, в основном совпадающие с конечными результатами, утвержденными программой «Столичное здравоохранение».

Среди перечисленных показателей качества медицинской помощи целесообразно выделить следующие: «Удовлетворенность населения медицинской помощью (процент от числа опрошенных)», значение которого в 2019 году должна составлять 76,0% и «Количество обоснованных жалоб, в том числе на отказ в оказании медицинской помощи, предоставляемой в рамках территориальной программы (процент)» - целевое значение на 2019 год составляет 30,0%.

К критериям доступности медицинской помощи отнесены показатели, которые также частично присутствуют в программе «Столичное здравоохранение».

В качестве примера можно выделить (целевые значения на 2019 год):

- обеспеченность населения врачами, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях (на 10 тыс. человек населения) – 22,4;

- Обеспеченность населения средним медицинским персоналом, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях (на 10 тыс. человек населения) – 25,3;

- Доля расходов на оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров в общих расходах на реализацию ТППГ (проценты) – 4,6;

- Доля расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме в общих расходах на реализацию ТППГ (проценты) – 1,5.

Следует отметить, что по сравнению с 2017 году повысились требования к обеспеченности в амбулаторных условиях врачами (на 10%) и понизились по отношению к среднему медицинскому персоналу (на 18%).

Многочисленные публикации на тему оценки эффективности использования ресурсов в сфере здравоохранения, свидетельствуют о постоянной актуальности этой темы. Исследования, выполненные по данному направлению, показывают наличие корреляционных связей между показателями качества и доступности медицинской помощи по ее видам и объемами финансирования на ее оказание [76; 126; 128; 160; 245; 254; 287; 312], что позволяет оценивать эффективность использования бюджетных средств и средств ОМС в сфере здравоохранения.

#### **Выводы к главе 4**

1. Дефицит финансовых ресурсов в территориальных программах государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи и неэффективное использование имеющихся ресурсов может быть причиной низких показателей здоровья населения в Российской Федерации, а значит и низкой оценкой удовлетворенности населения оказанием медицинской помощи.

Организация работы по переходу на бюджетно-ориентированное здравоохранение с помощью государственных программ находится в стадии



становления. Многочисленные изменения перечней целевых показателей затрудняют проведения периодических оценок эффективности реализации программ, а отсутствие увязки между финансированием мероприятий, включенных в ГП и уровнем достижения конечных результатов, снижает качественную оценку эффективности и результативности бюджетных расходов.

2. Достижение целевых медико-демографических показателей в значительной степени зависит от результатов деятельности каждой отдельно взятой медицинской организации и взаимодействия между ними при оказании населению медицинской помощи.

Качество управления ресурсами и их достаточность в медицинских организациях не в полной мере учитывается при разработке государственных программ и проектов в сфере здравоохранения в связи с отсутствием необходимого количества научно-практических разработок в части установления взаимосвязи между ожидаемыми результатами и качеством управления ресурсами и их объемом.

## **Глава 5 Совершенствование методологии аудита эффективности в целях ее использования для оценки результативности деятельности медицинских организаций и прогнозирования достаточности ресурсов для удовлетворения потребности населения в медицинской помощи**

Эффективность в сфере здравоохранения является одним из основных направлений, характеризующих социально-экономическую политику государства.

Критерии оценки эффективности и результативности в сфере здравоохранения зависят от предмета оценки, формирования индикаторов и показателей, которые позволяют максимально достоверно и полно описать деятельность органов исполнительной власти в сфере здравоохранения, медицинских организаций, его персонала и других участников процесса организации и оказания населению медицинской помощи.

В сфере здравоохранения принято осуществлять оценку эффективности по трем направлениям: медицинская, социальная и экономическая эффективность [246; 288; 321; 324].

При этом авторы публикаций на эту тему, а это, прежде всего, врачи и ученые сферы здравоохранения, на первое место выдвигают медицинскую или социальную эффективность, а экономической эффективности отводят второстепенное место. Все эти направления используются для оценки как системы здравоохранения в целом, так и деятельности отдельно взятой медицинской организации.

На первое место выдвигается здоровье человека, так как нередко то, что эффективно с социальной и медицинской позиции может быть убыточно с точки зрения финансовых и ресурсных затрат.

Эффективность в сфере здравоохранения не может измеряться показателями, которые обычно применяются для измерения экономической эффективности деятельности объекта. Например, лечение тяжелобольного человека в пожилом возрасте или инвалида, который уже не сможет вернуться к трудовой деятельности и требует постоянного ухода за собой, может осуществляться самыми квалифицированными врачами с использованием самого современного дорогостоящего оборудования. Затраты на лечение или облегчение страданий такого

пациента могут быть значительны и экономически невыгодны для медицинской организации и системы здравоохранения в целом. Но с точки зрения медицинской и социальной эффективности их необходимость оправдана и не может оцениваться негативно.

Экономический эффект отрасли здравоохранения оценивается качеством организации работы медицинских организаций и его персонала. При этом следует принимать во внимание факт, что ответственное отношение населения, прежде всего трудоспособного возраста, к своему здоровью, снижает затраты на социальные и медицинские расходы, как в текущий момент, так и в будущем, что повышает результативность и экономическую эффективность оказания медицинской помощи [101; 275; 317; 319; 325; 327].

Надлежащее отношение к своему здоровью населения в трудоспособном возрасте способствует снижению рисков заболевания в пожилом возрасте и отражается на оценке эффективности организации системы здравоохранения в целом.

Оценка эффективности в сфере здравоохранения основывается на измерении комплекса показателей, которые характеризуют медицинскую деятельность и в зависимости от установленных оценочных показателей применяются к конкретным объектам или направлениям медицинской деятельности. Следует выделить следующие группы оценочных направлений.

1. Оценка работы медицинского персонала, медицинской организации, региональной системы здравоохранения, национальной системы здравоохранения.

В каждом из этих случаев оценка проводится с учетом разных показателей и критериев оценки. Формирование показателей может проводиться на основе иерархической системы, которая позволяет оценивать каждый этап оказания населению медицинской помощи и обеспечения условий, которые способствуют предотвращению заболеваний у граждан или их переходу в хроническую форму. Этому способствуют и организация профилактических мероприятий, и убеждение граждан в необходимости соблюдать принципы здорового образа жизни.

2. Оценка организации и качества медицинской помощи в зависимости от этапа ее оказания гражданам, включая предупреждение заболевания, лечение и/или реабилитацию (восстановления после лечения).

Каждый из этих этапов имеет свои оценочные показатели, но все эти этапы функционально могут быть связаны между собой и успешное лечение зависит от комплекса мер, которые принимаются на этапе предупреждения заболевания, а успешность этапа реабилитации в значительной степени зависит от качества самого лечения.

3. Оценка на основе данных об объеме оказанной медицинской помощи, которая включает в себя и лечебно-профилактические мероприятия, и реализацию медико-социальных программ. При этом следует учитывать, что не всегда объем оказанных медицинских услуг свидетельствует об их эффективности и качестве их оказания. Для этой цели применяются дополнительные индикаторы, которые позволяют оценить достаточность объема оказания медицинской помощи и ее качество.

4. Оценка на основе показателей, характеризующих уменьшение затрат или снижение потерь при использовании ресурсов, необходимых для осуществления медицинской деятельности, получение дополнительного дохода или какого-либо интегрального показателя, объединяющего совокупность индикаторов оценки использования ресурсов, включая финансовые ресурсы.

5. Оценка на основе нормативных показателей здоровья населения (медико-демографические показатели), проживающего в городе, регионе или в государстве.

Особенностью сферы здравоохранения в социально-ориентированном государстве является проведение медицинских и социальных профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий, которые могут быть не выгодны с экономической точки зрения, но их проведение необходимо для достижения медицинского и социального эффекта. В этом случае оценка экономической эффективности способствует лишь определению выбора приоритетов и очередности проведения тех или иных медицинских мероприятий в случае существования ограничений в ресурсах: финансовых, кадровых, материально-технических и пр.

Следует учитывать и следующие факторы. Стоимость трудовых затрат медицинского персонала, направленных на выздоровление пациента, может оказаться выше, чем экономический эффект от его выздоровления. Кроме того, затраты на лечение одного пациента могут быть выше, чем другого с такой же патологией, что может быть обусловлено возрастом пациента или его социально-

поведенческими привычками и наклонностями. В результате оценка экономической эффективности для этих случаев может отличаться.

Информация об экономической эффективности лечения или предупреждения заболевания позволяет оценивать объем затрат и формировать на этом основании нормативы финансирования сферы здравоохранения и ее потребность в ресурсах [164].

Понимая, что экономическая эффективность не может быть первостепенной в социально-ориентированном государстве, необходимо концентрироваться на измерении эффективности использования ресурсов для достижения тех или иных социальных и медицинских целей и формировать соответствующие критерии оценки.

В течение десятилетий в сфере здравоохранения используются различные методы оценки деятельности медицинских организаций и работающего в них медицинского персонала [296].

Эффективность системы здравоохранения в любой стране характеризуется степенью достижения общепризнанных медико-демографических показателей здоровья населения. По мнению авторов научных публикаций, здоровье населения зависит от взаимодействия в человеке двух основных факторов: внутреннего, т.е. генетического и внешнего, т.е. социально-экономического и поведенческого.

Показатели здоровья и заболеваемости применяются по отношению к конкретным группам людей, поэтому оценка производится не только с учетом биологического состояния здоровья человека, но и с учетом его медико-социальной позиции [52; 96; 216; 218].

Возможности медицинской организации оказывать доступную и качественную медицинскую помощь в значительной части зависит от объемов ее финансирования и эффективности управления имеющимися ресурсами, что в результате отражается на показателях здоровья и заболеваемости населения [103].

В 2000-х годах объем финансирования здравоохранения в Российской Федерации значительно вырос. Значительные средства вложены в повышение уровня заработной платы медицинского персонала, закупку медицинского оборудования и лекарственных препаратов, ремонт медицинских организаций и их модернизацию. Однако при этом Российская Федерация по-прежнему отстает от

стран, входящих в Организацию экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) по такому показателю как доля расходов на здравоохранение в объеме ВВП, что представлено в таблице 48.

Таблица 48 - Доля расходов на здравоохранение в объеме ВВП

В процентах

Страны ОЭСР	2013	2014	2015	2016	2017
Австрия	10,3	10,4	10,3	10,4	10,4
Великобритания	9,8	9,8	9,7	9,7	9,6
Германия	10,9	11,0	11,1	11,1	11,2
Италия	9,0	9,0	9,0	8,9	8,8
Испания	9,0	9,0	9,1	9,0	8,9
Польша	6,4	6,4	6,4	6,5	6,5
Франция	11,4	11,6	11,5	11,5	11,3
Россия	5,1	5,2	5,3	5,3	5,3

Источник: составлено автором по материалам [222].

Для оценки эффективности системы здравоохранения важным является и такой экономический показатель, как – «Расходы на здравоохранение на душу населения (с использованием паритета покупательской способности – ППС/PPP)», значение которого в России, также достаточно низкое, что представлено в таблице 49.

Таблица 49 – Расходы на здравоохранение в расчете на душу населения, ППС

В долларах США

Страна	Австрия	Великобритания	Германия	Италия	Испания	Польша	Франция	Россия
2013 г.	4945	3871	4952	3264	2934	1575	4547	1330
2014 г.	5083	4004	5186	3251	3040	1627	4655	1356
2015 г.	5206	4090	5352	3307	3190	1717	4689	1296
2016 г.	5404	4182	5568	3465	3297	1815	4843	1291
2017 г.	5617	4338	5923	3620	3469	1958	5011	1404

Источник: составлено автором по материалам [222].

Значительные расхождения в значениях показателей, характеризующих расходы на здравоохранение, не означают таких же значительных различий в эффективности систем здравоохранения в странах ОЭСР, о чем могут свидетельствовать медико-демографические показатели здоровья населения в этих странах, представленные в таблице 50.

Таблица 50 – Медико-демографические показатели

Страны ОЭСР	Смертность, случаев смерти на 1000 населения			Ожидаемая продолжительность жизни, лет			
	2015	2017	2018	2015	2016	2017	2019
Австрия	9,4	9,6	9,7	81,4	81,4	81,8	82,0
Великобритания	9,4	9,4	9,4	80,5	80,7	81,7	82,0
Германия	11,4	11,7	11,8	80,6	80,9	81,2	82,0
Италия	10,2	10,4	10,5	82,1	83,1	83,2	84,0
Испания	9,0	9,1	9,2	81,6	82,6	83,3	84,0
Польша	10,2	10,4	10,5	77,4	77,4	77,8	78,0
Франция	9,2	9,3	9,4	81,8	82,2	82,7	83,0
Россия	13,7	13,5	13,4	70,5	70,1	71,2	71,0

Источник: составлено автором по материалам [303].

Корреляционный анализ между показателем «доля расходов на здравоохранение в объеме ВВП» и смертностью в 2017 году показывает, что коэффициент корреляции ( $r$ ) равен  $-0.562$ , связь между исследуемыми признаками - обратная, теснота (сила) связи по шкале Чеддока – заметная.

При сравнении показателя, характеризующего финансовый вклад в здравоохранения, с показателем ожидаемой продолжительности жизни установлен коэффициент корреляции, который равен  $0.802$ , связь между исследуемыми признаками - прямая, теснота (сила) связи по шкале Чеддока – высокая.

Таким образом, подтверждается связь между объемом ресурсов направляемых в систему здравоохранения и полученным результатом, выраженным медико-демографическими показателями здоровья населения.

Для оценки эффективности системы здравоохранения необходима разработка сложного комплекса инструментов измерения и критериев оценки, с помощью которых можно анализировать и прогнозировать направления стратегического развития системы здравоохранения с целью повышения ее эффективности и управления отраслью.

Выбор релевантных критериев оценки эффективности системы здравоохранения и отдельных медицинских организаций, обусловлен наличием результатов исследования, позволяющих определить измеряемую достоверную связь между результатами деятельности медицинских организаций и изменениями в состоянии здоровья населения. При этом следует учитывать наличие внешних факторов, влияющих на значения показателей, применяемых в сфере здравоохранения, в т.ч. ответственность человека за свое здоровье.

## **5.1 Формирование оценочных показателей эффективности системы здравоохранения и деятельности медицинских организаций**

В Российской Федерации для оценки эффективности деятельности медицинских организаций, их работников и руководителей используются показатели, которые характеризуют, прежде всего, доступность и качество медицинской помощи. Реже применяются показатели, с помощью которых оценивается качество управления ресурсами медицинских организаций.

Взаимосвязь результатов управленческой и экономической деятельности медицинских организаций, отраженной в формах бухгалтерской и статистической отчетности с показателями, характеризующими доступность и качество оказания медицинской помощи, еще недостаточно изучена.

Поэтому установление причинно-следственных связей между экономической и медицинской деятельностью медицинской организации является одной из задач для формирования объективной оценки деятельности медицинской организации.

Для решения этой задачи необходимо создание инструментов, позволяющих определить взаимосвязь между объемом ресурсов, качеством их управления и результатами деятельности, а также измерить уровень влияния каждой отдельно взятой медицинской организации на медико-демографические показатели здоровья населения города, района, области и пр.

Управление показателями здоровья возможно за счет совершенствования работы медицинских организаций, что позволяет прогнозировать объем необходимых ресурсов и своевременно принимать решения о направлении финансовых и других ресурсов на мероприятия, которые способствуют достижению максимальной результативности.

Для оценки эффективности деятельности медицинской организации используются различные инструменты, в том числе используется сбалансированная система показателей (ССП) [189], которая значительно объективнее и важнее, чем элементарная тактическая или оперативная измерительная система. Оптимально подобранные показатели, характеризующие основные аспекты деятельности медицинской организации, позволяют измерить эффективность ее работы.



Система ССП – это инструментарий, с помощью которого, путем анализа основных процессов деятельности медицинской организации руководитель или учредитель могут оценить, в какой степени медицинская организация близка к осуществлению поставленных целей. Система сбалансированных показателей позволяет выявлять причинно-следственные связи между разными процессами деятельности (управление финансово-хозяйственной деятельностью, кадрами и процессом оказания медицинской помощи). Кроме того, при формировании ССП могут быть использованы косвенные показатели, которые характеризуют экономическую или медицинскую деятельность организации, например, результаты анкетирования медицинского персонала или социологического опроса пациентов о доступности и качестве оказанной им медицинской помощи. Такие показатели позволяют провести оценку эффективности деятельности медицинской организации с дополнительного ракурса и способствуют формированию всеобъемлющей оценки о способности медицинской организации достичь ожидаемый результат [290; 294].

Для формирования ССП выбираются показатели, характеризующие разные направления эффективности в сфере здравоохранения (медицинская, социальная, экономическая), а сопоставление оценок, полученных по результатам исследования различных объектов, позволяет выявлять не только лучшие практические результаты, но и критические точки при осуществлении деятельности, которые сдерживают позитивное развитие системы здравоохранения или медицинской организации.

Важнейшим элементом практики применения ССП является подбор показателей, которые характеризуют общий результат деятельности и отдельные ее этапы.

Следующим шагом является определение инструментов для измерения значений показателей и обеспечение достоверности измерения.

Показатели, используемые в ССП позволяют объективно оценить деятельность объектов, если охватывают измерением максимальный объем деятельности и практически не пересекаются между собой в оценке одного и того же процесса. В то же время наличие показателей, которые позволяют измерить одно и то же явление с помощью разных инструментов или в разных проекциях, способствует повышению объективности оценки и в случае совпадения результатов

свидетельствуют о достоверности результатов. Наличие значительного расхождения в результатах, свидетельствует о наличии ошибок в системе измерения, методов оценки или достоверности данных, использованных для измерения.

В настоящее время показатели оценки деятельности медицинских организаций формируются на основе данных утвержденной статистической и бухгалтерской отчетности или за счет анализа данных первичного учета медицинских услуг.

Информатизация в сфере здравоохранения позволяет создавать новые подходы к формированию оценочных показателей и создавать массивы персонифицированной информации о пациентах и оказанных им медицинских услугах, которые могут быть использованы для создания показателей нового вида - динамических показателей статистической отчетности, так называемых «видео» данных, которые в отличие от «фото» (статичных) данных позволяют детально анализировать процесс организации оказания медицинской помощи и его полученный результат.

Создание динамических показателей требует соответствующего подхода к формированию и учету первичных данных, которые могут быть использованы в информационных системах для автоматизированной обработки.

Использование персонифицированных данных о медицинских услугах, оказанных конкретным гражданам, благодаря информационным системам позволяет более точно измерять изменения состояния здоровья граждан и определять потребность населения в тех или иных видах медицинской помощи, степени их удовлетворения и формировать отчетность об эффективности системы здравоохранения или деятельности медицинской организации.

Кроме того, мониторинги, основанные на данных персонифицированного учета об оказании медицинской помощи и ее результатах, позволяют формировать информацию о вкладе медицинской организации в достижение целевых медико-демографических показателей, которые в настоящее время характеризуют результативность лишь на уровне общегородской, региональной или государственной систем здравоохранения.

Например, смертность населения с указанием ее причины, в действующих системах сбора и обработки информации трудно увязать с деятельностью

конкретной медицинской организации. Формы сбора информации о смертности населения через ЗАГС не связаны едиными идентификаторами с медицинскими организациями, к которым прикреплены граждане для оказания медицинской помощи. В результате сопоставление данных требует сложной ручной обработки данных о смертности и о принадлежности умершего гражданина к той или иной медицинской организации, что затрудняет оценку результативности оказываемой гражданину медицинской помощи.

Оценкой качества медицинской помощи занимаются специализированные организации (Росздравнадзор, страховые медицинские организации – СМО, территориальные фонды обязательного медицинского страхования - ТФОМС). Утверждены критерии, которые используются в процессе контроля, внедряются риск-ориентированные модели в сфере контроля и надзора, но при этом недостаточно внимания уделяется анализу данных персонифицированного учета медицинских услуг, оказанных конкретным гражданам в медицинских организациях разного уровня и ведомственной принадлежности, относящихся к частному или государственному сектору.

Персонифицированные данные об оказании медицинских услуг позволяют выявлять группы граждан (половозрастные группы), которые чаще всего обращаются за медицинской помощью, частоту их обращений и специализацию медицинских направлений при обращении (терапия, хирургия, кардиология и т.д.). Анализ данных позволяет прогнозировать потребление медицинских услуг и объем ресурсов для удовлетворения спроса, грамотно управлять процессом организации медицинской помощи.

В настоящее время отсутствует возможность измерения результата оказания медицинской помощи и динамики изменения состояния здоровья отдельных взятых граждан, так как это не предусмотрено учетными и статистическими формами, что затрудняет оценку эффективности использования ресурсов медицинской организацией при оказании медицинской помощи.

Достижение целевых значений основных показателей здоровья (ожидаемая продолжительность жизни при рождении, смертность населения трудоспособного возраста и т.д.) невозможно без обеспечения качественного процесса управления системой здравоохранения и выполнения медицинскими работниками

соответствующих порядков и протоколов лечения, стандартов оказания медицинской помощи.

В качестве аналогии можно привести пример из фармацевтической промышленности, где действуют стандарты GMP (надлежащая производственная практика). Соблюдение правил GMP, при производстве лекарственных препаратов, обеспечивает выпуск качественного продукта. Его использование пациентом, при правильно подобранной врачом лекарственной терапии, гарантирует пациенту высокие шансы на выздоровление.

Росздравнадзором разработан документ который позволяет оценивать соблюдение правил и стандартов при оказании медицинской помощи в Российской Федерации, основные его положения закреплены в приказе Минздрава России [25], которые наряду с требованиями стандартов ISO [43] позволяет обеспечить медицинские организации методами и инструментарием результативного управления деятельностью, выполнения медико-экономических стандартов, порядков и протоколов лечения в целях повышения результативности оказания медицинской помощи и достижению значений целевых показателей здоровья населения

Важной задачей настоящего исследования является установление взаимосвязи между показателями, характеризующими обеспеченность медицинской организации ресурсами и основными показателями здоровья населения. При этом следует учитывать существования внешних факторов (образ жизни пациента, вредные привычки, питание, окружающая среда и пр.), которые могут усилить или ослабить действие медицинской составляющей.

Минздрава России определено два основных направления создания инструментов для оценки эффективности деятельности учреждений здравоохранения. Показатели и критерии оценки формируются в зависимости от направления цели оценки, что представлено в таблице 51.

Таблица 51 – Оценка эффективности деятельности медицинских организаций

Эффективность деятельности медицинской организации		
Классификация медицинских организаций	Амбулаторно-поликлинические учреждения (взрослые/детские) - АПУ	
	Стационарные медицинские учреждения (взрослые/детские) – Стационары	
	Скорая медицинская помощь - СМП	
Оценка деятельности руководителей и работников медицинской организации		Независимая оценка качества оказания медицинской помощи (анкетирование)
Руководители	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Выполнение государственного задания (заказа)</li> <li>2. Финансово-хозяйственная деятельность</li> <li>3. Работа с кадрами</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Открытость и доступность информации о медицинской организации</li> <li>2. Комфортность условий предоставления медицинских услуг и доступность их получения</li> <li>3. Время ожидания предоставления медицинской услуги</li> </ol>
Работники (в зависимости от вида/условий оказания медицинской помощи)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Удовлетворенность граждан качеством оказания медицинской помощи</li> <li>2. Показатели профессиональной деятельности</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Доброжелательность, вежливость и компетентность работников медицинской организации</li> <li>5. Удовлетворенность оказанными услугами в медицинской организации</li> </ol>

Источник: составлено автором по материалам [27; 28].

Для первого направления рекомендованы показатели эффективности деятельности медицинских организаций, их руководителей и работников с целью создания механизмов, устанавливающих зависимость уровня оплаты труда работников в этих организациях (стимулирующих выплат), от объема и качества предоставленных населению медицинских и социальных услуг.

Для второго – рекомендуются показатели, основанные на независимой оценке качества (НОК) работы государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения. На сайтах медицинских организаций размещается анкета, которая может быть заполнена гражданами для выражения своего мнения о доступности и качестве предоставляемых им медицинских услуг.

Минздравом России утверждены Методические рекомендации [27], согласно которым показатели и критерии оценки должны характеризовать основную деятельность медицинской организации, включая экономическую составляющую и обеспечение медицинскими кадрами. Оценка эффективности работы персонала

увязывается с удовлетворенностью граждан качеством оказания медицинской помощи.

Оценка деятельности федеральных бюджетных и казенных учреждений, находящихся в ведении Минздрава России и их руководителей [28], осуществляется на основе показателей, которые сгруппированы по трем основным направлениям: основная деятельность медицинской организации, финансово-экономическая деятельность, исполнительская дисциплина и работа с кадрами. В зависимости от вида деятельности, осуществляемой медицинской организацией, целевые значения показателей могут различаться.

В субъектах Российской Федерации также разработаны и утверждены ключевые показатели оценки качества и эффективности деятельности подведомственных медицинских организаций. Система показателей и критериев их оценки зависит от региональных задач и потому для их решения могут быть выбраны показатели отличные от федеральных.

Оценка качества и эффективности деятельности медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы [32] проводится с использованием ключевых показателей, которые зависят от вида оказания медицинской помощи (поликлинические, больничные, специализированные медицинские организации и т.д.). Ключевые показатели сгруппированы по областям: эффективность (экономическая), доступность и качество лечения, а также утвержден порядок расчета их значений.

Показатели, характеризующие доступность (по отношению к амбулаторно-поликлиническим учреждениям) и качество лечения, сформулированы в зависимости от вида оказания медицинской помощи, специфики деятельности медицинской организации и включают такие показатели как: средняя доля записи пациентов, попавших в "красную зону", т.е. доля пациентов, которые имели возможность записаться на прием к терапевтам/ педиатрам на четвертый день от даты записи или позднее либо не смогли записаться, количество вызовов бригад скорой помощи, средний уровень загрузки коек, динамика больничной летальности, доля повторных госпитализаций и другие.

Сбор параметров для расчета показателей осуществляется ежеквартально на основе данных Единой медицинской информационно-аналитической системы

Москвы (далее – ЕМИАС) и отчетов медицинских организаций, которые обрабатываются, обобщаются и направляются в специально созданную комиссию, по оценке выполнения целевых показателей эффективности.

В Республике Татарстан [37] утверждена аналогичная методика оценки эффективности, которая включает в себя перечень критериев оценки эффективности с указанием единицы и частоты измерения, весового коэффициента в баллах и диапазона индикаторов. Кроме того, приводится порядок учета, свода фактических данных по критериям оценки эффективности, расчета и утверждения их выполнения (фактического и в баллах) и установления размера выплат стимулирующего характера.

В перечень показателей и критериев оценки эффективности входят: доля положительных исходов госпитализации (выздоровление + улучшение), доля расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов, число дней очередности на лабораторно-диагностические исследования и ряд других, которые описаны выше и используются некоторыми субъектами Российской Федерации.

В Нижегородской области [39] оценка эффективности деятельности медицинских организаций проводится на основе балльных оценок, исходя из значений утвержденных показателей и критериев их оценки. Способ присвоения балльных оценок можно охарактеризовать как жесткую систему формирования балльных оценок. Например, для исполнения показателя «Посещения с профилактической целью» свыше 100% присваивается «-3 балла», при 100% выполнения «+1 балл», а при исполнении 97-99% - «0 баллов».

Указываются значения показателей, перевыполнение которых не приветствуется. В то же время по такому показателю как «Охват населения диспансерным наблюдением», при значении свыше 44% присваивается «+3 балла», а при значении ниже 44% - от «-1» до «-3» баллов.

Среди показателей и критериев их оценки, утвержденных для медицинских организаций в Кировской области [38], можно выделить следующие: выполнение функции врачебной должности (число посещений на 1 врача в год), доля врачей и средних медицинских работников, имеющих квалификационную категорию, частота осложнений (инфарктов миокарда, мозговых инсультов) среди

прикрепившихся пациентов, страдающих сердечно-сосудистыми и другими заболеваниями.

Для каждого показателя приводится формула расчета значения показателя и источник информации, используемый для расчета.

Для определения выплат руководителям медицинских организаций разработаны показатели и критерии их оценки, в которые входят: выполнение плана по диспансеризации определенных групп взрослого населения, исполнение финансовой дисциплины (например, отсутствие просроченной кредиторской задолженности, допущенной по вине учреждения, финансовых нарушений по результатам ревизий, замечаний, связанных с расходом средств) и др.

Анализ нормативных правовых актов в субъектах Российской Федерации показывает, что отсутствуют единый перечень показателей и подходы к формированию критериев оценки деятельности медицинских организаций, их руководителей и работников. Применяются различные методы оценки результатов и способы расчета балльных оценок. Однако, несмотря на самостоятельность субъектов Российской Федерации при определении ключевых показателей, в основном они формируются с учетом методических рекомендаций Минздрава России [27], ряд показателей учитывается во всех регионах, но при этом отличаются нормативные критерии оценки и расчет результирующего балла по показателям.

Указанные отличия затрудняют сравнительный анализ эффективности деятельности медицинских организаций, аналогичных по видам деятельности и по объему оказания медицинской помощи, находящихся в различных субъектах Российской Федерации для построения общероссийского рейтинга эффективности деятельности медицинских организаций.

Целесообразно создание единой двухуровневой рейтинговой системы, в которой на первом уровне могут сравниваться медицинские организации на основе общих базовых показателей и одинаковых для всех критериев оценки, а на втором уровне - с учетом демографических, социально-экономических и прочих характеристик субъекта Российской Федерации.



## **5.2 Методический инструментарий оценки качества управления ресурсами медицинских организаций**

Развитие методов оценки эффективности использования ресурсов в сфере здравоохранения на основе системы сбалансированных показателей позволили реализовать в Москве проект по внедрению Стандарта качества управления ресурсами (далее – СКУР).

Пилотный проект по внедрению Стандарта качества управления ресурсами стартовал в городе Москве в 2014 году [35] и был инициирован Главным контрольным управлением города Москвы в целях мониторинга эффективности расходования бюджетных средств государственных учреждениях социальной направленности: здравоохранения, культуры, социального обеспечения и образования.

Пилотный проект по внедрению СКУР проводился на ограниченном количестве участников - 28 медицинских организациях Москвы (больницы и поликлиники, оказывающие медицинскую помощь, включая стоматологическую, взрослому и детскому населению)

Главной целью внедрения СКУР является оптимизация расходов на осуществление текущей деятельности медицинских организаций, в которой задействованы финансовые, материально-технические и кадровые ресурсы. При этом не оценивается результативность основной деятельности организаций и наличие связи с качеством управления ресурсами.

Методикой СКУР, как представлено на рисунке 4, предусмотрена оценка качества управления ресурсами на основе 30 показателей, сгруппированных в шести областях управления [220; 271; 273].



Источник: составлено автором по материалам [220; 273].

Рисунок 4 – Основные параметры Стандарта качества управления ресурсами

Для расчета значений показателей применяются формулы, в которых используются данные форм бухгалтерской и статистической отчетности, а также данные внутреннего учета (в сфере закупок, кадровой политики и т.д.) деятельности медицинских организаций.

На основе утвержденных критериев оценки показателей, рассчитывается коэффициент сложности (от 0 до 4), который достигает медицинская организация по каждому из показателей. Исходя из значения показателя, коэффициента сложности и веса показателя рассчитывается балльная оценка.

Таким образом, оценка качества управления ресурсами медицинской организации зависит от общей балльной оценки, которая является суммой балльных оценок по всем показателям. Балльная оценка позволяет ранжировать медицинские организации по уровню качества управления ресурсами.

Оценка может осуществляться ежеквартально, что позволяет медицинским организациям отслеживать изменения значений показателей в течение года или ежегодно. Методикой СКУР предусмотрена разработка индивидуальной программы качества управления ресурсами (ИППКУР), в основу которой положено установление целевых значений по каждому показателю, который медицинская организация планирует достигнуть к концу года и перечень мероприятий, реализация которых способствует достижению целевых значений показателей.

В ходе работы с пилотным проектом по внедрению методики СКУР и впоследствии в масштабировании проекта, были изучены отчетные данные медицинских организаций за 2014-2015 гг. и результаты реализации ИППКУР. На основе проведенного анализа и обсуждения проекта с медицинскими организациями подготовлены предложения и рекомендации по совершенствованию методики СКУР [80; 92].

При подведении итогов пилотного проекта было установлено, что большинство медицинских организаций улучшило значения по ряду показателей, но по некоторым показателям целевые значения, определенные в ИППКУР, несмотря на проведение корректирующих мероприятий, достигнуты не были.

Анализ показал, что основной причиной этой ситуации являются специфические различия в деятельности медицинских организаций, которые не учтены положениями методики СКУР, поэтому были предложены корректировки критериев оценки, перечня источников первичных данных и формул расчета значений отдельных показателей.

Особое внимание уделено показателям, управление которыми подвластно медицинским организациям, что обеспечивает возможность достижения их целевого значения.

Научно-практическая оценка реализации пилотного проекта по внедрению СКУР подтвердила его жизнеспособность, и методика СКУР была рекомендована для широкого применения в других медицинских организациях, с учетом предложенных корректировок.

В 2016 году Департамент здравоохранения города Москвы расширил число медицинских организаций - участников проекта по внедрению СКУР [34], утверждены показатели и критерии оценки, которые для некоторых показателей были установлены в зависимости от типа медицинской организации и оказываемого населению вида медицинской помощи (стационарно, амбулаторно и пр.).

Отчеты, представленные медицинскими организациями, по итогам 2016-2017 гг., позволили продолжить исследования и изучить тенденции изменений значений показателей, как по каждой медицинской организации, так и по группам/подгруппам медицинских организаций, сформированных на основе их

принадлежности к определенному типу (бюджетные, автономные) или виду оказания медицинской помощи (амбулаторно, стационарно).

Для анализа данных медицинских организаций и изучения сводных данных по достижению тех или иных показателей, тенденций по изменению отдельных показателей в разрезе групп и/или подгрупп медицинских организаций потребовалось создание инструмента, позволяющего собирать и обрабатывать значительный объем данных.

Кроме того, установлено, что медицинские организации должны быть обеспечены инструментом, позволяющим им самим контролировать процесс реализации ИППКУР и прогнозировать возможность достижения целевых показателей.

С этой целью был предложен и реализован проект по сбору и обработке данных, основанный на использовании MS Excel, что позволило обеспечить решение задач по мониторингу и анализу результатов внедрения СКУР за каждый отчетный период.

Методические рекомендации [220], подготовленные для медицинских организаций, содержали описание форм для ввода первичных данных и процесса автоматического расчета значений показателей в зависимости от типа медицинской организации и отчетного периода, фрагмент которого представлен на рисунке 5.

Форма для заполнения "Оценка уровня качества управления ресурсами"					
Номер учреждения по приказу № 622 от 15.07.2016 (с изменениями)		10			
Наименование учреждения:		ГБУЗ "Городская клиническая больница № 29 им. Н.Э. Баумана ДЗМ"			
Отчетный период:		год	2017		
ИНН учреждения		7722086539			
По показателям 5, 6, 15 и 16 формула расчета баллов уточняется с Главконтролем					
*заполнять только не закрашенные ячейки; **ОБЯЗАТЕЛЬНО! Заполнить контактные данные					
№	Показатель	ед. изм.	Значение за (период)	Примечания учреждения	Ответственный по данным (ФИО, телефон)
1.	Удельный вес административных расходов в начисленных расходах учреждения за отчетный период	%	1,86%	Коэффициент сложности: 3	Балл: 1,13
Батюшина Н Н					

Источник: составлено автором по материалам [220].

Рисунок 5 – Фрагмент отчетной формы СКУР для заполнения медицинской организацией

В результате каждая медицинская организация получила возможность оперативно получать результаты оценки использования ресурсов с расчетом коэффициента сложности и балльной оценки, а также видеть ретроспективную информацию по значениям каждого показателя и сравнивать их с целевыми (плановыми) значениями показателей, что показано на рисунке 6.

Индивидуальная программа повышения качества управления ресурсами на период 2016-2017 гг.							
Номер учреждения по приказу № 622 от 15.07.2016 (с изменениями)		128					
Наименование учреждения:		ГБУЗ "Детская городская поликлиника № 130 ДЗМ"					
ИНН учреждения		7731110210					
Показатель	Исходное состояние	Плановое состояние		Состояние на г			
	за 2015г.	01.01.2017	01.01.2018	01.04.2016	01.07.2016	01.10.2016	01.01.2017
Финансовый/операционный менеджмент							
Удельный вес административных расходов в начисленных расходах учреждения за отчетный период	6,41%	7,00%	7,00%	6,03%	5,15%	5,73%	5,73%
Удельный вес немедицинских расходов в начисленных расходах учреждения за отчетный период	20,14%	20,00%	18,00%	21,01%	19,57%	21,47%	19,57%

Источник: составлено автором по материалам [220].

Рисунок 6 – Фрагмент сводной таблицы значений показателей отчетных форм СКУР

Аналогичным образом осуществлялся анализ балльных оценок, которые рассчитывались для каждого показателя и области управления, а также как общая (итоговая) балльная оценка, что отражено на рисунке 7.

Балльная оценка позволяет сравнивать результаты деятельности различных медицинских организаций и используется Департаментом здравоохранения города Москвы, в случае необходимости, при принятии решений о выделении медицинским организациям дополнительных ресурсов.

Практика применения элементарных отчетных форм на базе MS Excel выявила проблемы с оперативностью представления отчетов медицинских организаций и их достоверностью. Выявлялись случаи ошибок ввода первичных данных по вине пользователей, ответственных за их ввод.

Индивидуальная программа повышения качества управления ресурсами на период 2016-2017 гг. в баллах								
8	Номер учреждения по приказу № 622 от 15.07.2016 (с изменениями)		128					
9	Наименование учреждения:		ГБУЗ "Детская городская поликлиника № 130 ДЗМ"					
10	ИНН учреждения		7731110210					
11	№	Показатель	Исходное состояние	Плановое состояние		Состояние		
12			за 2015г.	01.01.2017	01.01.2018	01.04.2016	01.07.2016	01.10.2016
13	ИТОГО Баллов		10,49	10,65	14,36	23,42	12,75	11,75
14	Финансовый/операционный менеджмент		1,56	1,44	2,08	1,08	1,29	1,70
15	1.	Удельный вес административных расходов в начисленных расходах учреждения за отчетный период	0,33	0,30	0,30	0,35	0,41	0,37
16	2.	Удельный вес немедицинских расходов в начисленных расходах учреждения за отчетный период	0,31	0,32	0,45	0,18	0,32	0,17

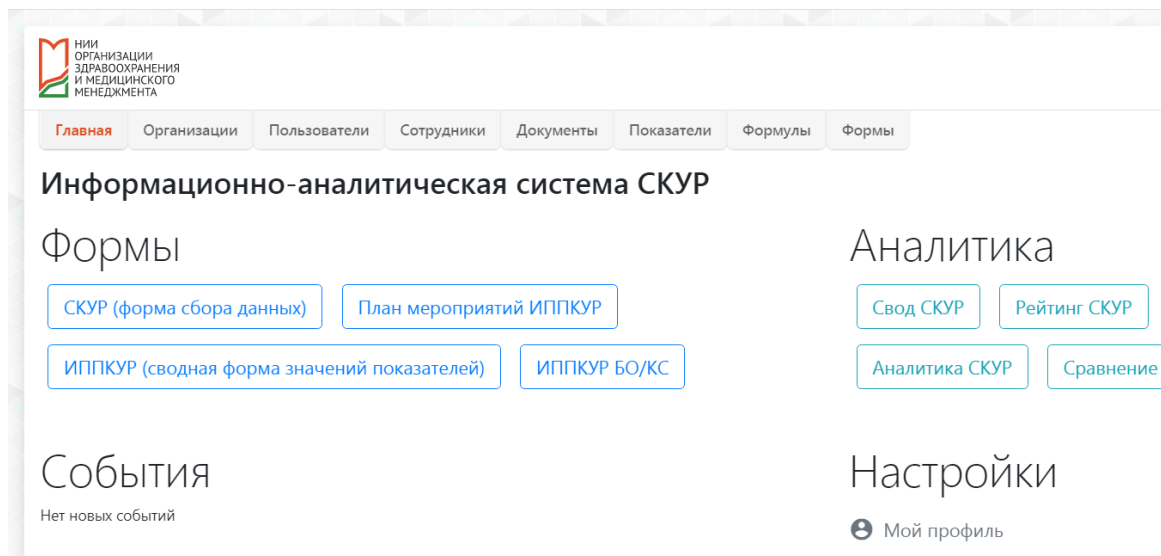
Источник: составлено автором по материалам [220].  
 Рисунок 7 – Фрагмент сводной таблицы балльных оценок по данным квартальных отчетных форм СКУР

Аналитическая обработка отчетов медицинских организаций за 2016- 2017 гг. позволила подготовить дополнительные рекомендации по внесению изменений в расчет отдельных показателей и дополнений существующего перечня новыми показателями, изменению критериев оценки и подходов к расчету балльных оценок, уравновешивающих области управления ресурсами и пр.

Кроме того, разработано техническое задание по созданию информационной аналитической системы (ИАС СКУР) для размещения на портале ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ». Разработанное программное обеспечение ИАС СКУР НИИОЗММ ДЗМ позволяет осуществлять сбор и обработку данных медицинских организаций, проверку их на наличие ошибок ввода, свод и анализ данных от разных медицинских организаций в режиме он-лайн в разных проекциях и реализуется на практике с 2019 года (<http://skur.niioz.ru/>). Требование по применению медицинскими организациями ИАС СКУР НИИОЗММ ДЗМ вошло в приказ Департамента здравоохранения города Москвы в 2018 году [33], подготовленного по результатам исследования.

В основу задач, решаемых с помощью ИАС СКУР и ее модернизированной версии ИАС СКУР, версия 2, представленной на рисунке 8, положены требования к универсальности конструкции, легкости управления, исключения технических

ошибок ввода, моментального получения результата, простоты свода необходимых данных и их анализ в заданных проекциях.



Источник: составлено автором по материалам [273].

Рисунок 8 – Интерфейс ИАС СКУР

В результате программа приобрела свойства конструктора, т.е. появилась возможность формирования необходимого количества полей (первичных данных), которые используются для расчета показателей. Это позволяет формировать отчетные формы для оценки качества управления ресурсами, их использования и результативности деятельности медицинской организации.

В рамках ИАС СКУР формируется поле (первичные данные), в котором указываются его основные параметры, ограничения по величине и формату вводимых данных (защита от ввода ошибочных данных), а также описание источника первичной (исходной) информации, что показано на рисунке 9.

НИИ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОГО МЕНЕДЖМЕНТА

Главная Организации Пользователи Сотрудники Документы Показатели Формулы **Формы**

## Редактирование поля

Наименование\*

Сумма административных расходов учреждения за отчетный период

Символьный код Тип поля

summa\_administrativnyh\_rashodov\_uchrejdeniya число

Маска ввода Единица измерения

рубли (0,00) руб

Число с двумя знаками после запятой

Минимальное значение Максимальное значение

700 000 180 000 000

Описание

Сумма Фонда начисленной заработной платы работников согласно данным графы 3 по кодам категории персонала 101 и 102 формы ФСН № ЗП-здрав (строки 02 и 03) или № ЗП-наука (строки 03 и 04) плюс начисления на выплаты по оплате труда в размере 27% суммируется с суммой немедицинских расходов на обслуживание указанных категорий

Источник: составлено автором по материалам [273].  
Рисунок 9 – Формирование и редактирование свойств поля

С помощью набора полей можно формировать различные виды показателей, разрабатываемых для оценки эффективности деятельности медицинских организаций, что показано на рисунке 10.

НИИ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОГО МЕНЕДЖМЕНТА

Главная Организации Пользователи Сотрудники Документы

## Показатели деятельности учреждения

Расширенные настройки показателя доступны при редактировании

№ п/п	Наименование
1	Удельный вес административных расходов в расходах учреждения
2	Удельный вес немедицинских расходов в расходах учреждения за отчетный период
3	Удельный вес фонда оплаты труда в расходах учреждения за отчетный период
4	Доля фонда оплаты труда административно-управленческого персонала в расходах учреждения за отчетный период
5	Отношение суммы просроченной дебиторской задолженности к балансовой стоимости активов учреждения на отчетную дату
6	Отношение суммы просроченной кредиторской задолженности к балансовой стоимости активов учреждения на отчетную дату
7	Отношение доходов учреждения с учетом остатка средств на начало отчетного периода к расходам учреждения

Показатель деятельности учреждения

Порядковый номер\*

Область управления ресурсами\*

не выбрано

Наименование\*

Тип поля\*

не выбрано

Единица измерения\*

Сохранить

Источник: составлено автором по материалам [273].  
Рисунок 10 – Редактирование свойств показателя



Показатели могут формироваться по каждой области оценки качества управления ресурсами и результативности деятельности медицинской организации, для чего применяется конструктор формы, представленный на рисунке 11.

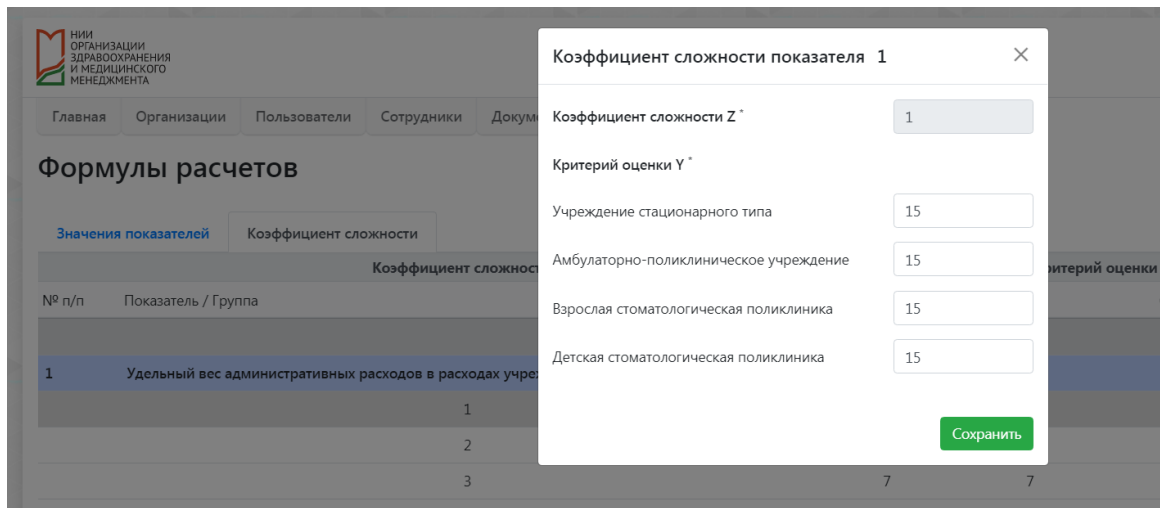
№ п/п	Показатель	Ед. изм.	Поле	Дей
1	Удельный вес административных расходов в расходах учреждения за отчетный период	%		
1.1	Сумма административных расходов учреждения за отчетный период	руб	поле 1	✓
1.2	Сумма произведенных расходов учреждения за отчетный период (без учета расходов за счет субсидий на цели осуществления капитальных вложений)	руб	поле 2	✓
2	Удельный вес немедицинских расходов в расходах учреждения за отчетный период	%		
2.1	Сумма немедицинских расходов учреждения за отчетный период	руб	поле 3	✓
2.2	Сумма произведенных расходов учреждения за отчетный период (без учета расходов за счет субсидий на цели осуществления капитальных вложений)	руб	поле 2	✓
3	Удельный вес фонда оплаты труда в расходах учреждения за отчетный период (без учета расходов за счет субсидий на цели осуществления капитальных вложений)	%		
3.1	Фонд оплаты труда персонала за отчетный период	руб	поле 4	✓
3.2	Сумма произведенных расходов учреждения за отчетный период (без учета расходов за счет субсидий на цели осуществления капитальных вложений)	руб	поле 2	✓

Источник: составлено автором по материалам [273].

Рисунок 11 – Формирование формы на основе набора показателей

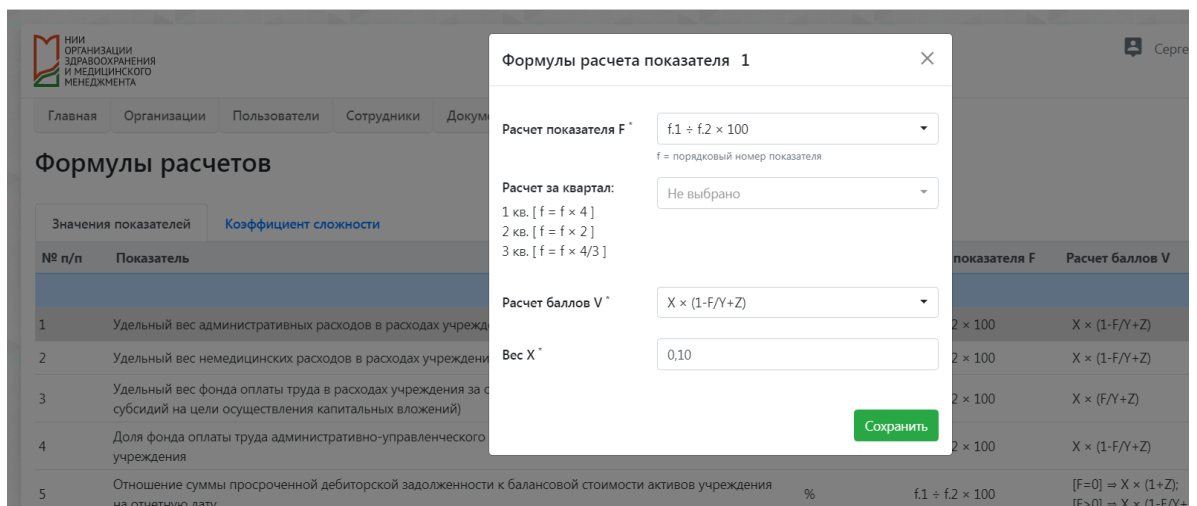
В ИАС СКУР обеспечена универсальность формирования нормативных значений критериев оценки показателей для любой группы/подгруппы медицинских организаций, что позволяет применять различные комбинации уровней сложности и менять их в зависимости от потребности.

Пример формирования нормативных значений критериев оценки с учетом разных уровней нормативов (коэффициентов сложности) представлен на рисунке 12.



Источник: составлено автором по материалам [273].  
Рисунок 12 – Формирование нормативных критериев оценки

Расчет балльных оценок показателей проводится по формулам, которые выбираются из набора, предусмотренного в ИАС СКУР, что повышает универсальность формирования форм (областей) для оценки. Формулы могут корректироваться и создаваться новые в зависимости от задачи, поставленной перед администратором, пример на рисунке 13.



Источник: составлено автором по материалам [273].  
Рисунок 13 – Формирование формул для расчета балльных оценок

Управление ИАС СКУР осуществляется администратором. Пользователями ИАС СКУР в период 2018-2020 гг. являются 214 медицинских организаций, список которых может быть расширен, в том числе за счет медицинских организаций из других субъектов Российской Федерации или ведомств.

Таким образом, использование в ИАС СКУР принципа конструктора обеспечивает возможность формирования различных форм сбора первичных данных и показателей оценки качества управления ресурсами, их обработки и анализа.

При заполнении отчетной формы СКУР медицинская организация может пользоваться подсказками, которые касаются источника информации для ввода первичных данных, что показано на рисунке 14.

№ п/п	Показатель	Ед. изм.
1	Удельный вес административных расходов в расходах учреждения за отчетный период	%
1.1	Сумма административных расходов учреждения за отчетный период	руб
1.2	Сумма произведенных расходов учреждения за отчетный период (без учета расходов за счет субсидий на цели осуществления капитальных вложений)	руб
2	Удельный вес немедицинских расходов в расходах учреждения за отчетный период	%
2.1	Сумма немедицинских расходов учреждения за отчетный период	руб
2.2	Сумма произведенных расходов учреждения за отчетный период (без учета расходов за счет субсидий на цели осуществления капитальных вложений)	руб
3	Фонд оплаты труда персонала за отчетный период	%
3.1	Фонд оплаты труда персонала за отчетный период	руб
3.2	Сумма произведенных расходов учреждения за отчетный период (без учета расходов за счет субсидий на цели осуществления капитальных вложений)	руб

Данные бухгалтерской отчетности по форме 0503723 раздела 2 «Выбытия» графы 4 строки 230 по коду КОСГУ 210 за отчетный год, а за I - III кв. отчетного года данные бухгалтерской отчетности по форме 0503737 раздела 2 «Расходы учреждения» графы 9 строки 200 по коду аналитики 100.

Источник: составлено автором по материалам [273].

Рисунок 14 – Фрагмент отчетной формы СКУР с подсказками при вводе первичных данных

В случае ввода некорректных данных, выходящих за пределы установленных величин или нарушения корреляции между значениями полей и/или показателей появляется информация о наличии ошибки, пример приведен на рисунке 15.

ИНИ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОГО МЕНЕДЖМЕНТА

Сергей Сергеевич Бударин Выход

Администр

Главная Организации Пользователи Сотрудники Документы Показатели Формулы Формы

### СКУР (форма сбора данных)

ГАУЗ "СП № 65 ДЗМ" за 3 квартал 2020 года **отклонено**

№ п/п	Показатель	Единица изм...	Значение за период	Достигнутый...	Бальная о
5	Отношение суммы просроченной дебиторской задолженности к балансовой стоимости активов учреждения на отчетную дату	%	0	4	0,5
5.1	Сумма просроченной дебиторской задолженности на отчетную дату	руб	0,00		
5.2	Балансовая стоимость активов	руб	369 211 024,54		
6	Отношение суммы просроченной кредиторской задолженности к балансовой стоимости активов учреждения на отчетную дату	%	54,6	1	Допустимое значение от 0 до 10
6.1	Сумма просроченной кредиторской задолженности на отчетную дату	руб	201 661 480,62	1	
6.2	Балансовая стоимость активов	руб	369 211 024,54		
7	Отношение доходов учреждения с учетом остатка средств на начало отчетного периода к расходам учреждения	%	113,1	3	0,4
7.1	Совокупный объем поступлений/доходов с учетом остатков средств на начало отчетного периода (без учета субсидий на цели осуществления капитальных вложений)	руб	243 340 068,38		
7.2	Сумма произведенных расходов учреждения за отчетный период (без учета расходов за счет субсидий на цели осуществления капитальных вложений)	руб	215 084 136,47		

Источник: составлено автором по материалам [273].

Рисунок 15 – Фрагмент отчетной формы СКУР с подсказками по достоверности ввода значений первичных данных

На основе итоговых значений по каждому показателю, его коэффициента сложности и балльной оценки за каждый отчетный период формируется сводная форма о результатах исполнения медицинской организацией требований Стандарта качества управления ресурсами. Итоговая форма позволяет оценить движение значений показателей на протяжении установленного периода реализации проекта, например, на период 2018-2020 гг. и оценить качество управления ресурсами или эффективность их использования в зависимости от набора показателей и полей, использованных в отчетных формах.

Отчетные формы СКУР и формируемые медицинскими организациями индивидуальные планы повышения качества управления ресурсами (ИППКУР) на предстоящий годовой период представляются в общем своде, в котором можно увидеть ретроспективу достижения значений показателей и сравнить их плановыми значениями. Пример приведен на рисунке 16.

НИИ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОГО МЕНЕДЖМЕНТА

Главная Организации Пользователи Сотрудники Документы Показатели Формулы Формы

### ИППКУР (сводная форма значений показателей)

ГБУЗ "ДСП № 63 ДЗМ" отправлено

№ п/п	Показатель / Область	Ед. изм	Исходное со...	Плановое состояние							
				2017	2018	2019	2020	1 кв 2018	2 кв 2018	3 кв 2018	4 кв 2018
<b>Финансовый/операционный менеджмент</b>											
1	Удельный вес административных расходов в расходах учреждения за отчетный период	%	8,2	15,14	8,7	7,5	4,7	5,7	7,9	8,8	
2	Удельный вес немедицинских расходов в расходах учреждения за отчетный период	%	27,5	7	10	10,4	11,1	7,1	8,9	10,2	
3	Удельный вес фонда оплаты труда в расходах учреждения за отчетный период (без учета расходов за счет субсидий на цели осуществления капитальных вложений)	%	83,3	89,63	81,7	84,2	89,6	83,7	83,5	81,9	
4	Доля фонда оплаты труда административно-управленческого персонала в общих расходах на оплату труда учреждения	%	9,2	9	10	10	4,8	6,7	9,4	10,3	
	Отношение суммы просроченной дебиторской										

Источник: составлено автором по материалам [273].

Рисунок 16 – Фрагмент сводной формы ИППКУР, сравнение плановых и фактических значений показателей

Так как по каждому показателю рассчитывается балльная оценка, то ИАС СКУР формирует свод балльных оценок за все отчетные периоды по каждой области управления в отдельности и общую итоговую балльную оценку, как это показано на рисунке 17.

НИИ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОГО МЕНЕДЖМЕНТА

Главная Организации Пользователи Сотрудники Документы Показатели Формулы Формы

### ИППКУР баллы

ГБУЗ "МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ"

№ п/п	Показатель / Область	Состояние на период							
		1 кв 2018	2 кв 2018	3 кв 2018	4 кв 2018	1 кв 2019	2 кв 2019	3 кв 2019	4 кв 2019
<b>1</b>	<b>Финансовый/операционный менеджмент</b>	<b>3,73</b>	<b>3,68</b>	<b>3,36</b>	<b>3,92</b>	<b>3,46</b>	<b>3,34</b>	<b>3,25</b>	<b>3,56</b>
1	Удельный вес административных расходов в расходах учреждения за отчетный период	0,42	0,43	0,43	0,43	0,41	0,42	0,42	0,43
2	Удельный вес немедицинских расходов в расходах учреждения за отчетный период	0,31	0,3	0,3	0,31	0,16	0,17	0,17	0,3
3	Удельный вес фонда оплаты труда в расходах учреждения за отчетный период (без учета расходов за счет субсидий на цели осуществления капитальных вложений)	0,51	0,51	0,51	0,5	0,51	0,51	0,5	0,5
4	Доля фонда оплаты труда административно-управленческого персонала в общих расходах на оплату труда учреждения	0,22	0,22	0,22	0,22	0,22	0,22	0,22	0,22
5	Отношение суммы просроченной дебиторской задолженности к балансовой стоимости активов учреждения на отчетную дату	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
6	Отношение суммы просроченной кредиторской задолженности к балансовой стоимости активов учреждения на отчетную дату	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5

Источник: составлено автором по материалам [273].

Рисунок 17 – Фрагмент отчетной формы ИППКУР балльных оценок с расчетами по каждой области управления

В аналитическом блоке ИАС СКУР осуществляется обработка данных и представление результатов анализа в различных проекциях.

Для этой цели в ИАС СКУР предусмотрено использование фильтров и различных математических и статистических формул, которые позволяют выбрать для анализа определенный набор первичных данных и показателей, что представлено на рисунке 18, сформировать соответствующую матрицу и на ее основе построить таблицу или диаграмму.

НИИ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОГО МЕНЕДЖМЕНТА

Главная Организации Пользователи Сотрудники Документы Показатели Формулы Формы

Свод СКУР (форма сбора данных)

Период: 4 квартал 2018 года

Общий свод Свод

№ п/п	Организация	Группа	Статус	1	1.1	1.2	2	2.1	2.2	3	3.1
3	ГБУЗ "ГБ г. Московский ДЗМ"	ГКБ	принято	5,8	40 439 512,30	691 569 724,50	27,5	190 271 523,20	691 569 724,50	86,1	595 158 84
4	ГБУЗ "ГКБ им. А.К. Ерамишанцева ДЗМ"	ГКБ	принято	1,9	96 091 356,00	5 052 116 110,07	18,9	953 553 149,40	5 052 116 110,07	60,7	3 064 406 9
5	ГБУЗ "ГКБ им. братьев Бахрушиных" ДЗМ	ГКБ	принято	3,7	62 832 075,77	1 678 534 213,64	20	336 117 518,00	1 678 534 213,64	69,8	1 172 159 7
6	ГБУЗ "ГКБ им. В.В. Вересаева ДЗМ"	ГКБ	принято	1,6	56 345 010,90	3 553 317 492,67	21,1	749 548 039,25	3 553 317 492,67	70,9	2 518 698 1
7	ГБУЗ "ГКБ им. В.В. Виноградова ДЗМ"	ГКБ	принято	3,6	126 753 154,50	3 545 729 716,52	10,4	369 374 114,58	3 545 729 716,52	67,4	2 389 099 9
8	ГБУЗ "ГКБ им. Д.Д. Плетникова ДЗМ"	ГКБ	принято	2,5	95 033 096,08	3 759 154 550,14	19,5	734 313 852,41	3 759 154 550,14	63,4	2 383 153 1

Источник: составлено автором по материалам [273].

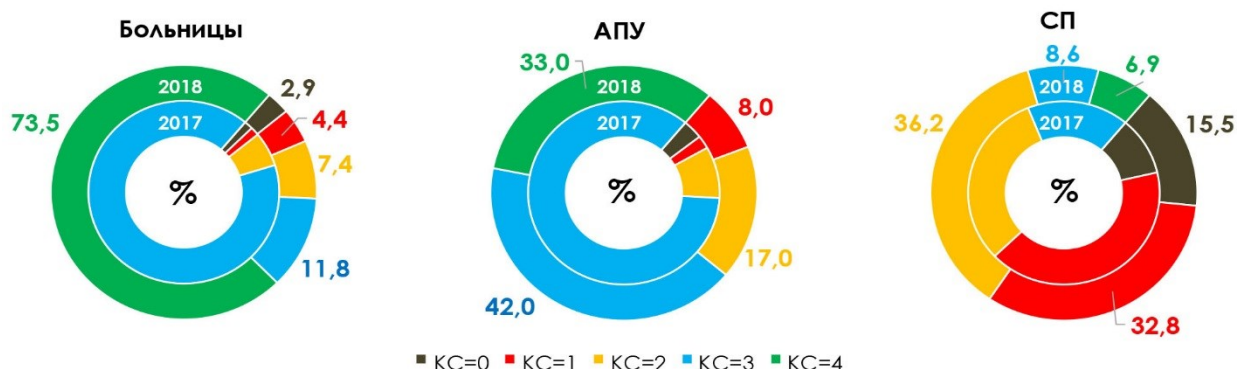
Рисунок 18 – Фрагмент свода по отчетным формам СКУР для аналитической обработки

На рисунке 19 представлены результаты анализа значения показателя «Удельный вес административных расходов» в разрезе групп медицинских организаций (больницы, амбулаторно-поликлинические учреждения и стоматологические поликлиники) за 2017-2018 гг.

Медицинские организации разделены на группы в зависимости от достигнутого уровня (коэффициент сложности), что позволяет оценить качество управления ресурсами в части управления административными расходами.

**ПОКАЗАТЕЛЬ № 1** «УДЕЛЬНЫЙ ВЕС АДМИНИСТРАТИВНЫХ РАСХОДОВ В РАСХОДАХ УЧРЕЖДЕНИЯ ЗА ОТЧЕТНЫЙ ПЕРИОД, %»,  
КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ:  $KC = 4 \leq 5$ ,  $KC = 3 \leq 7$ ,  $KC = 2 \leq 10$ ,  $KC = 1 \leq 15$

Доля медицинских организаций в разрезе групп, достигших определенного уровня КС в 2017 и 2018 годах по показателю №1



**САМАЯ ВЫСОКАЯ ДОЛЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ДОСТИГШИХ ЧЕТВЕРТОГО УРОВНЯ КС=4 НАБЛЮДАЕТСЯ У МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ИЗ ГРУППЫ БОЛЬНИЦЫ**

! Здесь и далее: КС=0, означает что значение показателя не достигло минимального уровня, предусмотренного критерием оценки КС=1

Источник: составлено автором по материалам [273].

Рисунок 19 – Диаграмма сводного отчета по показателю № 1 (удельный вес административных расходов в расходах учреждения)

Представленная диаграмма позволяет утверждать, что наиболее эффективно средства расходуются в группе «Больницы». Менее эффективно в группе «Стоматологические поликлиники» (СП). Более детальный анализ объясняет причины столь значительного расхождения. Общий объем финансирования стоматологических поликлиник не велик, но доля штатных сотрудников, которые должны быть и заниматься административно-управленческими и административно-хозяйственными вопросами, достаточно велика.

В качестве результата анализа может, например, быть предложено укрупнение стоматологических поликлиник, которое будет способствовать снижению численности административных работников и соответствующему снижению административно-управленческих расходов.

Подобного рода анализ позволяет оценить уровень качества управления ресурсами в медицинских организациях в зависимости от вида медицинской помощи, оказываемой населению, обобщать и систематизировать полученную информацию. Анализ позволяет определять основные направления изучения структуры расходов медицинской организации и организации управления

финансовыми, кадровыми, материально-техническими ресурсами и выявлять причины успешного или неудовлетворительного результата в соответствии с методикой СКУР.

Инструменты анализа отчетов медицинских организаций на основе балльной оценки позволяют построить рейтинг качества управления ресурсами. При этом для составления рейтинга могут быть использованы все показатели, используемые в СКУР или только те показатели, значения которых зависят от решений руководства и управления в медицинской организации [96].

К таким показателям могут, например, относиться удельный вес административных или немедицинских расходов в начисленных расходах учреждения, удельный вес фонда оплаты труда медицинского персонала в начисленных расходах учреждения, доля поступлений из внебюджетных источников в общем объеме начисленных поступлений и другие.

Пример общего рейтинга медицинских организаций по качеству управления ресурсами по итогам 2018 года представлен на рисунке 20.

НИИ  
ОРГАНИЗАЦИИ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
И МЕДИЦИНСКОГО  
МЕНЕДЖМЕНТА

Главная Организации Пользователи Сотрудники Документы Показатели Формулы Формы

**Рейтинг СКУР**

Период: 4 квартал 2018 года

№ п/п	Организация	Группа	Общая БО	1 область	2 область	3 область	4 область
1	ГБУЗ "Московский Центр дерматовенерологии и косметологии"	НИИ	22,41	2,69	2	3,33	3,88
2	ГБУЗ "ДСП № 16 ДЗМ"	ДСП	22,31	4,1	4,4	2,88	3,38
3	ГБУЗ "ЧЛГ для ВВ ДЗМ"	СБГ	21,7	3,52	2,9	2,36	3,48
4	ГБУЗ "ГП № 3 ДЗМ"	ГП	21,66	3,4	3,22	2,94	3,26
5	ГБУЗ "ГП № 220 ДЗМ"	ГП	21,54	3,75	3,46	2,29	2,55
6	ГБУЗ "ГП № 115 ДЗМ"	ГП	21,29	3,79	3,77	2,54	3
7	ГБУЗ НИКИО им. Л.И. Свержевского ДЗМ	НИИ	21,19	2,68	3,38	2,63	3,93
8	ГБУЗ "ГКБ им. В.В. Виноградова ДЗМ"	ГКБ	21,16	3,53	3,29	3,36	3,51

Источник: составлено автором по материалам [273].

Рисунок 20 – Рейтинг медицинских организаций по итогам 2018 года



### **5.3 Структура взаимосвязи между ресурсами и результатами деятельности медицинских организаций при оказании первичной медико-санитарной помощи**

Качественное управление ресурсами медицинских организаций - это процесс, в ходе которого достигаются запланированные цели за счет сбалансированности необходимого объема и качества медицинской помощи с имеющимися ресурсами (финансовыми, кадровыми, материально-техническими и др.).

Важным направлением научного исследования в сфере здравоохранения является разработка обоснованных методов оценки качества управления ресурсами и влияния их достаточности на эффективность деятельности медицинских организаций.

В ходе исследования осуществлялась оценка вклада отдельно взятой медицинской организации, оказывающей населению первичную медико-санитарную помощь, в достижение целевых показателей, предусмотренных проектами и программами Москвы. Оценка проводилась на основе анализа отчетов медицинских организаций о качестве управления ресурсами (СКУР), данных статистической и бухгалтерской отчетности, данных ЕМИАС и других источников информации.

Оценка качества управленческих решений в значительной степени зависит от качества аналитических данных, на основе которых принимаются решения. Достоверность данных и возможность их автоматизированной обработки позволяют получать различные аналитические срезы для оценки эффективности системы управления ресурсами.

Для объективной оценки качества использования ресурсов необходимо установление взаимосвязи между фактом использования ресурсов и результатом основной деятельности медицинской организации, на осуществление которой были предназначены ресурсы. Эта взаимосвязь отсутствует в методике СКУР.

В качестве критерия оценки результата может быть использовано выполнение нормативных значений показателей об объеме медицинской помощи, оказанной гражданам в медицинской организации.

Однако, объем оказанной помощи не является полноценным показателем, оценивающим доступность и качество медицинской помощи, за счет которых обеспечивается достижение целевых (конечных) значений показателей, предусмотренных программами «Столичное здравоохранение» и ТППГ Москвы.

Решающее значение для определения доступности медицинской помощи имеют показатели, характеризующие соотношение оказанных медицинских услуг и удовлетворение потребности населения в этих услугах.

На качество медицинской помощи влияет не только доступность и своевременность ее оказания, но и квалифицированные, профессиональные действия медицинского персонала, наличие достаточного количества высококласного медицинского оборудования для проведения диагностических исследований. Кроме того, влияние оказывает и поведение самого пациента, в том числе его своевременное обращение за медицинской помощью, выполнение назначений врача, а также его поведенческие факторы.

Формирование оценки удовлетворения потребности населения в медицинской помощи на основе инструментария методологии аудита эффективности, как фактора результативности деятельности медицинской организации, оказывающей взрослому населению первичной медико-санитарной помощи, является одной из основных целей исследования.

Выбор главной цели для оценки результативности деятельности медицинской организации позволяет сформулировать главный вопрос «дерева вопросов», как одного из основных элементов методологии аудита эффективности.

Существуют разные варианты формирования главного вопроса, например, «Обеспечивается ли потребность граждан, прикрепленных к медицинской организации в необходимой им первичной медико-санитарной помощи?», «Достаточно ли ресурсов у медицинской организации для обеспечения потребности в первичной медико-санитарной помощи, прикрепленных к ней граждан?» или «Позволяет ли качество управления ресурсами медицинской организации обеспечить доступность и результативность оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи?».

В первом случае последующие вопросы формулируются исходя из определения потребности населения в медицинских услугах, исследуются объем и

своевременность оказания медицинской помощи, удовлетворенность населения доступностью и качеством медицинской помощи и в случае неполного удовлетворения потребности граждан делается вывод о недостаточности ресурсов или их неэффективном использовании.

Во втором случае акцент делается на изучении достаточности ресурсов необходимых медицинской организации для удовлетворения потребности населения в медицинской помощи.

В третьем случае на первое место выходит качество управления имеющимися ресурсами, а вывод делается на основе сопоставления эффективности использования ресурсов с объемом и качеством оказываемых медицинских услуг, исходя из ресурсных возможностей медицинской организации.

Целью формулируемых вопросов первого, второго и последующих уровней в соответствии с иерархической структурой «дерева вопросов» является детальное изучение каждого направления, касающегося управления ресурсами и обеспечения доступности и условий оказания медицинской помощи, полученных результатов.

Применение методологии аудита эффективности способствует аналитическому осмыслению процесса оказания первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и движения потока задействованных ресурсов, подготовке выводов и рекомендаций, направленных на совершенствование организационных процессов и оказания ПМСП с учетом имеющихся у медицинской организации ресурсов.

На предварительном этапе построения «дерева вопросов» предусматривается определение перечня ресурсов и описание условий их эффективного использования.

В настоящем исследовании в качестве основного варианта выбран вопрос «Позволяет ли качество управления ресурсами медицинской организации обеспечить доступность и результативность оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи?», который сопоставляется с вопросом «Достаточно ли ресурсов у медицинской организации для достижения целевых медико-демографических показателей здоровья, прикрепленных к ней граждан?».

Схема основных принципов оценки использования ресурсов, на основе методологии аудита эффективности, представлена на рисунке 21.

<b>Экономичность</b>		
Материально-технические ресурсы (МТР)	Финансовые ресурсы (ФР)	Кадровые ресурсы (КР)
Своевременное обеспечение основными средствами (медицинским оборудованием – обновление)	Оптимальная организация закупок товаров, работ и услуг	Обеспечение штатного расписания медицинским персоналом (физическими лицами)
Организации процесса подготовки основных средств (медицинского оборудования) к эксплуатации (своевременное и качественное техническое обслуживание)	Экономность и своевременность закупок товаров, работ и услуг	Обеспечение условий для непрерывного обучения и повышения квалификационной категории
Обеспечение необходимым запасом расходных материалов и медицинскими изделиями		
<b>Производительность</b>		
Материально-технические ресурсы (МТР)	Финансовые ресурсы (ФР)	Кадровые ресурсы (КР)
Обеспечение установленных сроков проведения инструментальных диагностических обследований в соответствии с потребностями населения	Минимизация административных и немедицинских расходов	Максимальный охват населения профилактическими медицинскими осмотрами, диспансеризацией
Обеспечение максимальной нагрузки на оборудование за счет укомплектованности медицинским персоналом	Минимизация кредиторской и дебиторской задолженности	Обеспечение доступности для населения приема врача
Оптимальное использование расходных материалов (материальных запасов)		Необходимый охват населения диспансерным наблюдением
		Обеспечение надлежащей медицинской помощи на дому и в дневных стационарах
<b>Результативность</b>		
Максимальная доля первичного выявления заболевания при ПМО, диспансеризации		
Минимальное количество необязательных вызовов скорой и неотложной медицинской помощи к гражданам, находящимся под диспансерным наблюдением		
Минимальное количество случаев экстренной госпитализации граждан		
Минимальная смертность населения в трудоспособном возрасте		
Минимальная смертность от заболеваний (сердечно-сосудистой системы, онкологических и пр.)		
Максимальная удовлетворенность населения качеством и доступностью медицинской помощи		

Источник: составлено автором.

Рисунок 21 – Краткая схема основных принципов использования ресурсов медицинских организаций

С учетом этого положения установлено, что медицинская организация государственной системы здравоохранения Москвы (МО), оказывающая взрослому населению первичную медико-санитарную помощь, располагает следующими основными видами ресурсов:

- финансовые ресурсы: средства ОМС, средства бюджета Москвы, включая субсидии и гранты, собственные средства, включая доходы от оказания платных медицинских услуг (далее – ПМУ),

- материально-технические ресурсы: основные средства (здания, медицинское оборудование, оборудование необходимое для обеспечения эксплуатации рабочих помещений, зданий и пр.), медицинский инструментарий, медикаменты, перевязочные материалы и другие расходные материалы,

- кадровые ресурсы: руководители, основной медицинский персонал (врачи и другой персонал, обеспечивающий предоставление медицинских услуг), прочий персонал (административный/обслуживающий).

Следует учитывать, что достаточность финансовых ресурсов позволяет обеспечить оптимальный выбор кадровых ресурсов и функционирование (эксплуатацию) материально-технических ресурсов, имеющихся в медицинской организации, а также способствует (при необходимости) их увеличению (модернизации).

Таким образом, достаточность финансовых ресурсов оценивается на основе двух базовых составляющих: обеспечение текущей деятельности медицинской организации и создание условий для развития деятельности.

Исходя из представленной схемы, требования к эффективному использованию ресурсов можно кратко описать следующим образом:

1. Направление экономичность. Соблюдение принципа экономичности включает в себя выполнение следующих мероприятий и/или условий.

При использовании финансовых ресурсов:

- соблюдение требований ведения бухгалтерского учета и финансовой дисциплины, исполнение Плана финансово-хозяйственной деятельности по доходам и расходам;

- организация закупки необходимых товаров, работ и услуг по минимально возможным ценам (вовремя, в нужном объеме и необходимого качества) для

организации оказания гражданам ПМСП (медицинского оборудования, инструментов, лекарственных препаратов и пр.) и эксплуатации (функционирования) в надлежащем состоянии рабочих помещений, зданий, оборудования и т.д.;

- обеспечение экономии финансовых ресурсов при проведении торгов (разница между НМЦК и суммой заключенных контрактов);

- оптимизация соотношения медицинских и немедицинских расходов в общей структуре расходов МО.

При использовании материально-технических ресурсов:

- обеспечение максимальной готовности медицинского оборудования к использованию за счет минимизации простоев медицинского оборудования по причине проведения незапланированных ремонтных работ, отсутствия расходных материалов и пр.;

- организация своевременного технического обслуживания медицинского и другого оборудования по конкурентным ценам и его надлежащая эксплуатация, способствующая снижению расходов на его содержание, ремонт и т.д.;

- обеспечение расходными материалами в необходимом количестве и ассортименте по конкурентным ценам для своевременного проведения инструментальных и лабораторных диагностических обследований граждан на медицинском оборудовании.

При использовании кадровых ресурсов:

- обеспечение занятости штатных должностей медицинского персонала физическими лицами в соответствии со штатным расписанием, утвержденным в медицинской организации, с минимальным совмещением;

- обеспечение медицинского персонала заработной платой в соответствии с установленными параметрами (нормативными правовыми актами);

- обеспечение высококвалифицированными кадрами, создание мотивации для повышения квалификации работников медицинской организации;

- обеспечение оптимальной возрастной структуры основного персонала (совмещение опыта, профессионализма и молодости).

2. Направление продуктивность (производительность). Соблюдение принципа продуктивности (производительности) для медицинской организации

предполагает использование ресурсов в целях обеспечения максимальной доступности граждан к медицинской помощи, а именно:

При использовании финансовых ресурсов:

- оптимальное использование расходных материалов, применяемых при проведении инструментальных и лабораторных обследований граждан при оказании медицинской помощи.

При использовании материально-технических ресурсов:

- обеспечение проведения инструментальных и лабораторных диагностических обследований граждан в сроки, указанные в ТППГ и в соответствии с медицинскими рекомендациями (стандарты, протоколы лечения);
- обеспечение оптимальной нагрузки на медицинское оборудование для удовлетворения потребности граждан в инструментальных и лабораторных диагностических обследованиях.

При использовании кадровых ресурсов:

- обеспечение доступности населения к врачам первого/второго уровня (доступность записи в установленные нормативными документами сроки, доступность для населения в неотложных случаях услуг дежурного врача);
- обеспечение приема врача первого/второго уровня в установленное время, согласно времени записи пациента, на прием к врачу (соблюдение шага сетки по срокам ожидания приема врача);
- обеспечение максимально высокого охвата населения профилактическим медицинским осмотром, диспансеризацией разных половозрастных групп;
- обеспечение оптимальных (минимальных) сроков прохождения профилактического медицинского осмотра, диспансеризации;
- обеспечение нормативных значений по охвату граждан диспансерным наблюдением;
- обеспечение доступности населения к медицинской помощи на дому, в дневном стационаре, диагностическим исследованиям и пр.

3. Направление результативность. Соблюдение принципа результативности, предполагает достижение поставленных целей и ожидаемых результатов:

3.1. Текущие результаты (первый уровень результативности):

- максимальная доля первичной выявляемости заболеваний при прохождении гражданами диспансеризации/профилактического медицинского осмотра;

- минимизация количества невынужденных случаев вызова скорой и неотложной медицинской помощи к гражданам, находящимся под диспансерным наблюдением;

- минимизация количества случаев экстренной госпитализации граждан;

- максимальная доля выявляемости у граждан неинфекционных заболеваний на ранней стадии (онкологические на I и II стадии, туберкулез, сердечно-сосудистые заболевания, диабетические, эндокринологические и пр.);

- максимальная удовлетворенность населения качеством и доступностью медицинской помощи.

3.2. Стратегические - медико-демографические результаты (вклад медицинской организации в достижение целевых значений медико-демографических показателей), (второй уровень результативности):

- максимальный рост ожидаемой продолжительности жизни при рождении прикрепленного населения;

- минимизация смертности прикрепленного населения от различных причин.

Медико-демографические показатели являются основой оценки результативности на макроуровне и на уровне региональной (городской) системы здравоохранения, а возможность их использования для оценки результативности медицинской организации зависит от качества учета данных медицинской статистики и другой статистической информации, фиксируемой в ЗАГСх (например, смертность).

При проведении аудита эффективности могут возникать трудности с сопоставлением данных об оказании гражданам медицинской помощи в медицинской организации и данных о смертности граждан, прикрепленных к медицинской организации. В настоящее время отсутствует единая информационная система с единой идентификацией граждан, которая позволила бы совмещать персонифицированные базы данных о смертности населения и оказания гражданам медицинской помощи. Это ограничивает возможности оценки результативности деятельности медицинских организаций и влияния отдельно взятой медицинской организации на достижение целевых медико-демографических показателей.



Отдельным источником аудиторских доказательств при проведении аудита эффективности являются результаты независимой оценки качества (НОК), анкетирования медицинского персонала и социологических опросов граждан. Для сбора и обработки данных из этих информационных источников требуется применение специальных методических инструментов, которые могут обеспечить сопоставимость данных по одному и тому же вопросу, полученных из разных источников информации.

«Дерево вопросов» для оценки эффективности использования ресурсов, направляемых на оказание населению первичной медико-санитарной помощи, является основой для формирования показателей и нормативных критериев их оценки. Утверждение критериев оценки рекомендуется осуществлять с учетом действующих нормативных правовых актов, методических рекомендаций и мнения экспертной группы, которая создается на этапе подготовки аудита эффективности, и которая должна функционировать вплоть до этапа подготовки отчета о результатах аудита эффективности.

Мнение экспертной группы особенно важно в случаях, когда нормативный критерий оценки значения показателя не утвержден программами и/или проектами в сфере здравоохранения и отсутствуют методики сбора и обработки первичных данных. В этой ситуации на экспертном совете обсуждается целесообразность использования нового показателя, формулируется методика сбора и обработки данных, критерий оценки показателя, который позволяет охарактеризовать качество реализации или организации процесса оказания медицинской помощи.

Например, важным направлением исследования качества организации медицинской помощи, в рамках имеющихся кадровых ресурсов, является ответ на вопрос, связанный со своевременностью постановки пациента под диспансерное наблюдение: «Соответствуют ли сроки взятия больных под диспансерное наблюдение установленным нормативам?», так как от этого во многом зависит организация процесса лечения и его конечный результат.

В 2019 году в приказе Минздрава [26] установлено требование к срокам взятия пациента под диспансерное наблюдение. При этом остался открытым вопрос об источнике информации о соблюдении данного требования и формировании отчетности о его соблюдении. В соответствии с правилами ведения медицинской

документации, информация о постановке на диспансерное наблюдение включена в медицинскую карту пациента. Чтобы ответить на данный вопрос, аудиторам может потребоваться доступ к медицинским картам пациентов. Такой подход значительно ограничивает объем исследований и требует применения методов статистической выборки для получения достоверных данных.

В таком случае, процесс проведения аудита эффективности будет достаточно дорогостоящим (потребуется привлечение группы специалистов) и трудоемким. С другой стороны, без ответа на данный вопрос невозможно отследить процесс организации медицинской помощи населению и оценить его конечный результат.

Вышеизложенный случай свидетельствует о целесообразности корректировки отдельных учетных и статистических форм так, чтобы информация, необходимая для анализа, могла легко собираться и обрабатываться в автоматизированном режиме для ее использования управленческими структурами.

Аналогичная ситуация возникает при попытке получения ответа на вопрос «Выявлены ли случаи повторного обоснованного обращения пациентов за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 30 дней со дня завершения амбулаторного лечения?».

Ответ на данный вопрос также требует углубленного анализа учетной медицинской документации и поведения пациента, так как является достаточно важным для оценки действий отдельно взятого врача и результативности медицинской организации в целом.

В случае отсутствия регламентирующих документов, позволяющих установить критерий оценки для показателя, рекомендуется использовать метод бенчмаркинга и ориентироваться на лучшие достижения медицинских организаций.

В результате разработана автоматизированная система комплексной оценки эффективности использования ресурсов (КОЭИР), которая является суммирующей балльной оценкой показателей, характеризующих качество управления ресурсами и результативность деятельности медицинских организаций, и рассчитывается с применением информационной аналитической системы «ИАС АУДИТ».

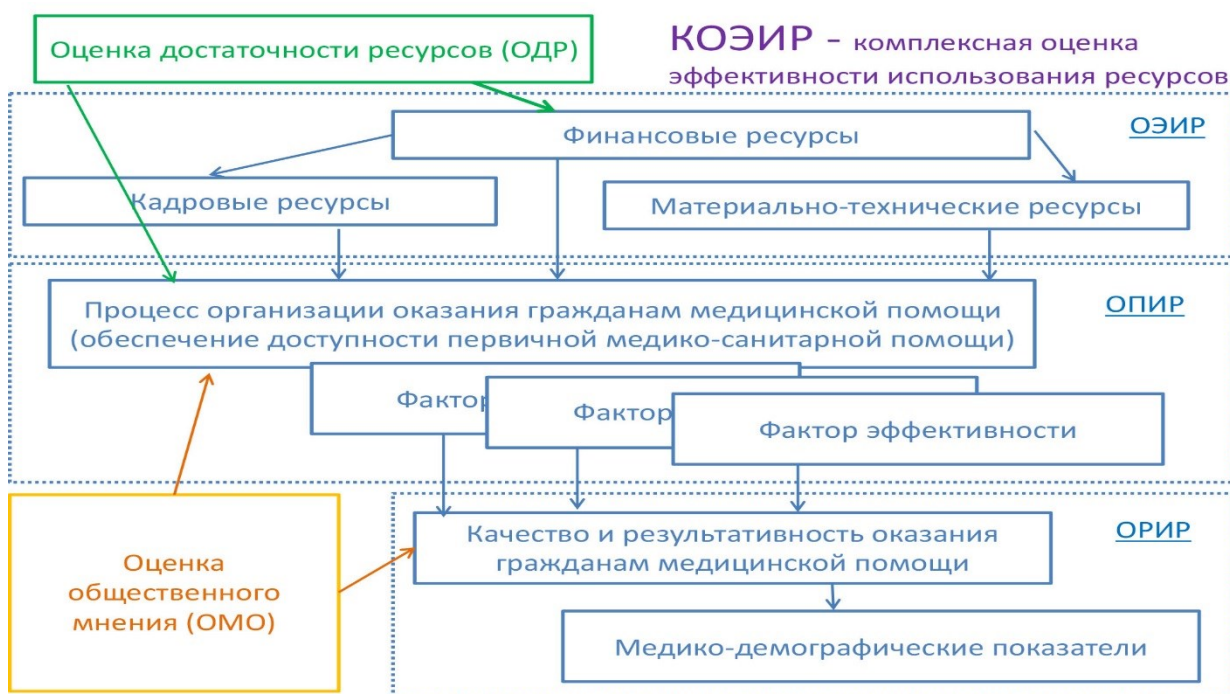
Применение «ИАС АУДИТ» позволяет практически мгновенно, после внесения в систему первичных данных получить результат, как для отдельно

взятой медицинской организации, так и группы однотипных медицинских организаций, оказывающих взрослому населению первичную медико-санитарную помощь.

Система КОЭИР может быть использована для оценки деятельности медицинских организаций, оказывающих населению, например, медицинскую помощь стационарно, но для этого формируются соответствующие показатели оценки отдельных процессов ее оказания.

Система включает в себя 3 основных модуля: информационный, организационный и аналитический.

Схема для расчета КОЭИР представлена на рисунке 22.



Источник: составлено автором.

Рисунок 22 – Схема комплексной оценки эффективности использования ресурсов

**Информационный модуль** является основой для создания базы данных, используемой для расчета КОЭИР, и состоит из следующих блоков: блок первичных данных, блок показателей, блок формул для расчета значений показателей, блок формул для расчета балльных оценок с учетом значений показателей, их веса и нормативных критериев оценки.

**Организационный модуль** предназначен для выполнения научно-методических функций, с помощью которых формируется оценочный алгоритм эффективности использования ресурсов. Организационный модуль включает в

себя 5 блоков, в том числе 3 оценочных блока эффективности использования ресурсов: блок экономности - оценка экономности использования ресурсов (ОЭИР), блок производительности - оценка производительности использования ресурсов (ОПИР) и блок результативности – оценка результативности использования ресурсов (ОРИР), а также блок оценки достаточности ресурсов (ОДР) и блок оценки общественного мнения (ООМ).

На основе функционального анализа деятельности медицинской организации, из показателей, включенных в информационный модуль, в каждом блоке (ОЭИР, ОПИР, ОРИР, ОДР и ООМ) формируются факторы эффективности. Фактор эффективности – это совокупность показателей, объединенных по единому признаку, каждый из которых характеризует качество реализации отдельных процессов (финансово-экономических, организационных, социальных, медицинских и пр.), осуществляемых в рамках деятельности медицинской организации или их конечных результатов.

**Аналитический модуль** включает в себя 7 блоков: блок анализа ОЭИР, блок анализа ОПИР, блок анализа ОРИР, блок анализа ОДР, блок анализа ООМ, блока анализа и оценки корреляционных связей между показателями и/или факторами эффективности (ОКС) и результирующего блока (РО), в котором формируется КОЭИР с учетом заданных значений целевых показателей результативности.

Принцип действия системы состоит в следующем.

1. Исходя из целей и задач, сформулированных в государственных программах и национальных проектах в сфере здравоохранения, и функциональных обязанностях деятельности медицинских организаций по оказанию гражданам медицинской помощи, с учетом научно-методических разработок в сфере организации здравоохранения в **информационном модуле** формируется блок набора первичных данных.

Блок первичных данных содержит данные бухгалтерской, статистической и других видов отчетности, а также данные содержащиеся в учетных формах деятельности медицинских организаций. ИАС АУДИТ позволяет включать (при необходимости удалять) в перечень данные (так называемое «поле») с указанием

конкретного документа. Пользователь ИАС АУДИТ при вводе данных может воспользоваться соответствующей подсказкой.

Блок показателей формируется на основе первичных данных (полей). Формула расчета показателя содержит более одного поля. ИАС АУДИТ не ограничена по количеству полей и показателей, необходимых администратору (стейкхолдеру) для анализа и оценки эффективности деятельности медицинских организаций.

Блок формул содержит стандартные или специально разработанные администратором формулы, которые используются для расчета значений показателей, что значительно упрощает формирование оценочных и/или аналитических блоков.

Блок формул для расчета балльных оценок формируется с учетом значений показателей, их веса и нормативных критериев оценки. В ИАС АУДИТ могут использоваться стандартные формулы, которые применяются для расчета балльной оценки различных показателей или в зависимости от показателя может быть разработана и включена в блок специальная формула.

**2. Организационный модуль** является основой системы, так как в нем формируется вся оценочная модель эффективности деятельности медицинских организаций с использованием показателей, включенных в информационный модуль.

Блок экономность (ОЭИР) разделен на 3 подблока, которые характеризуют качество управления: финансовыми, материально-техническими и кадровыми ресурсами. Каждый подблок содержит несколько факторов эффективности, в которых показатели сгруппированы по объединяющему их единому признаку.

Подблок 1 – качество управления финансовыми ресурсами включает в себя факторы эффективности:

- качество формирования и реализации плана финансово-хозяйственной деятельности;
- качество формирования и использования фонда оплаты труда;
- качество организации и проведения закупок товаров, работ и услуг;
- качество осуществления расходов и их структура.

Подблок 2 – качество управления материально-техническими ресурсами включает в себя факторы эффективности:

- качество организации процесса по обеспечению учреждения медицинским оборудованием в достаточном количестве и ассортименте (модернизация и обновление);
- качество организации процесса надлежащей подготовки медицинского оборудования к использованию (своевременность технического обслуживания и ремонтов);
- качество организации обеспечения и управления запасами расходных материалов (для проведения диагностических исследований) и лекарственных препаратов, необходимых для оказания гражданам медицинской помощи.

Подблок 3 – качество управления кадровыми ресурсами включает в себя факторы эффективности:

- качественное формирование структуры кадрового состава;
- оценка профессионального уровня медицинского персонала.

Ввод пользователем ИАС АУДИТ первичных данных обеспечивает расчет значений каждого показателя, задействованного в факторах эффективности, и его балльной оценки, а сумма балльных оценок формирует балльную оценку по каждому фактору эффективности, подблоку и блоку экономность – ОЭИР, что отражается в сводной аналитической форме.

Блок производительность (ОПИР) оценивает производительность использования ресурсов медицинской организации на основе показателей, характеризующих обеспечение доступности граждан к медицинской помощи. Показатели сгруппированы в факторах эффективности по единым признакам, характеризующим:

- качество обеспечения доступности граждан к врачу;
- качество обеспечения доступности граждан к диагностическим (лабораторным и инструментальным) исследованиям;
- качество организации лекарственного обеспечения льготных категорий граждан;
- качество организации медицинской помощи на дому;

- качество организации медицинской помощи в условиях дневного стационара.

Первичные данные, введенные пользователем в ИАС АУДИТ, обеспечивают расчет значений каждого показателя, и его балльной оценки, а сумма балльных оценок формирует балльную оценку по каждому фактору эффективности и блоку производительность – ОПИР, что отражается в сводной аналитической форме.

Блок результативность (ОРИР) оценивает результативность использования ресурсов медицинской организации на основе показателей, характеризующих обеспечение качества и результативности оказания гражданам медицинской помощи, достижения медико-демографических показателей здоровья населения. Показатели сгруппированы в факторах эффективности по единым признакам, характеризующим:

- качество организации и проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации граждан;

- качество организации и оказания медицинской помощи при обращении граждан в медицинскую организацию;

- качество организации и оказания медицинской помощи гражданам, взятым под диспансерное наблюдение;

- ожидаемая продолжительность жизни;

- смертность населения (общая и по причинам смертности).

Первичные данные, используемые для расчета значений показателей и балльных оценок в блоке ОРИР, могут вноситься в ИАС АУДИТ, как пользователем, так и администратором, так как содержат сведения, источником которых частично являются вышестоящие управленческие структуры медицинских организаций.

Сумма балльных оценок показателей формирует балльную оценку по каждому фактору эффективности и блоку результативность – ОРИР, что отражается в сводной аналитической форме.

Сумма балльных оценок ОЭИР, ОПИР и ОРИР является суммирующей оценкой эффективности использования имеющихся ресурсов в медицинской организации, которая позволяет оценить степень достижения целевых значений результативности деятельности медицинской организации по оказанию населению медицинской помощи и удовлетворения в ней потребности граждан.

Оценка достаточности ресурсов для достижения целевых значений результативности деятельности медицинской организации формируется за счет показателей, содержащихся в блоке оценки достаточности ресурсов (ОДР).

Блок ОДР включает в себя первичные данные об объемах финансирования медицинской организации, о численности и половозрастном составе населения, прикрепленного к медицинской организации, посещаемости врачей разных специальностей и количестве диагностических исследований, количестве медицинского персонала разных специальностей, участвующих в оказании населению медицинской помощи, ассортименте и количестве медицинского оборудования, используемого для оказания медицинской помощи.

На основании первичных данных формируются показатели, характеризующие существующую нагрузку на медицинский персонал и медицинское оборудование при оказании населению медицинской помощи. ОДР рассчитывается как относительное значение при сравнении полученного результата по нагрузке с нормативными значениями показателей и/или с усредненными значениями в однотипных медицинских организациях.

Блок ООМ (оценка общественного мнения) несет функцию корректирующей оценки блоков ОЭИР, ОПИР и ОРИР, так как формируется за счет показателей, характеризующих оценку доступности и качества медицинской помощи, полученных по результатам социологического опроса медицинского персонала или граждан.

Каждый блок в **аналитическом модуле** содержит значения показателей и балльные оценки в формах удобных для анализа деятельности медицинской организации, которые создаются администратором ИАС АУДИТ с использованием принципа «конструктора».

Блок анализа и оценки корреляционных связей (ОКС) формируется администратором в зависимости от аналитической задачи по изучению причинно-следственных связей между значениями показателей, находящихся в различных блоках и факторах эффективности.

Данный блок позволяет обеспечить экспертов необходимым аналитическим материалом для формирования мнения о достаточности ресурсов



и эффективности их использования, разработки мероприятий, направленных на повышение доступности и качества медицинской помощи для населения.

Результирующий блок (РО) позволят сформировать комплексную оценку эффективности использования ресурсов (КОЭИР) на основе суммы бальных оценок ОЭИР, ОПИР и ОРИР и с учетом результирующих оценок блоков ОДР и ООМ.

Предложенная система и алгоритм действий позволяет администратору самостоятельно «собирать» нужную систему аналитики, а ИАС АУДИТ автоматически формирует формы сбора данных для пользователей, подсчитывает результаты и выводит сводные аналитические таблицы.

Структура КОЭИР позволяет по факторам эффективности выявить основные достоинства и недостатки в деятельности медицинской организации, принимать необходимые управленческие решения и оценивать объем и вид необходимых ресурсов.

Администратор имеет возможность оценить достижения каждой отдельно взятой медицинской организации и их вклад в улучшение медико-демографических показателей здоровья населения.

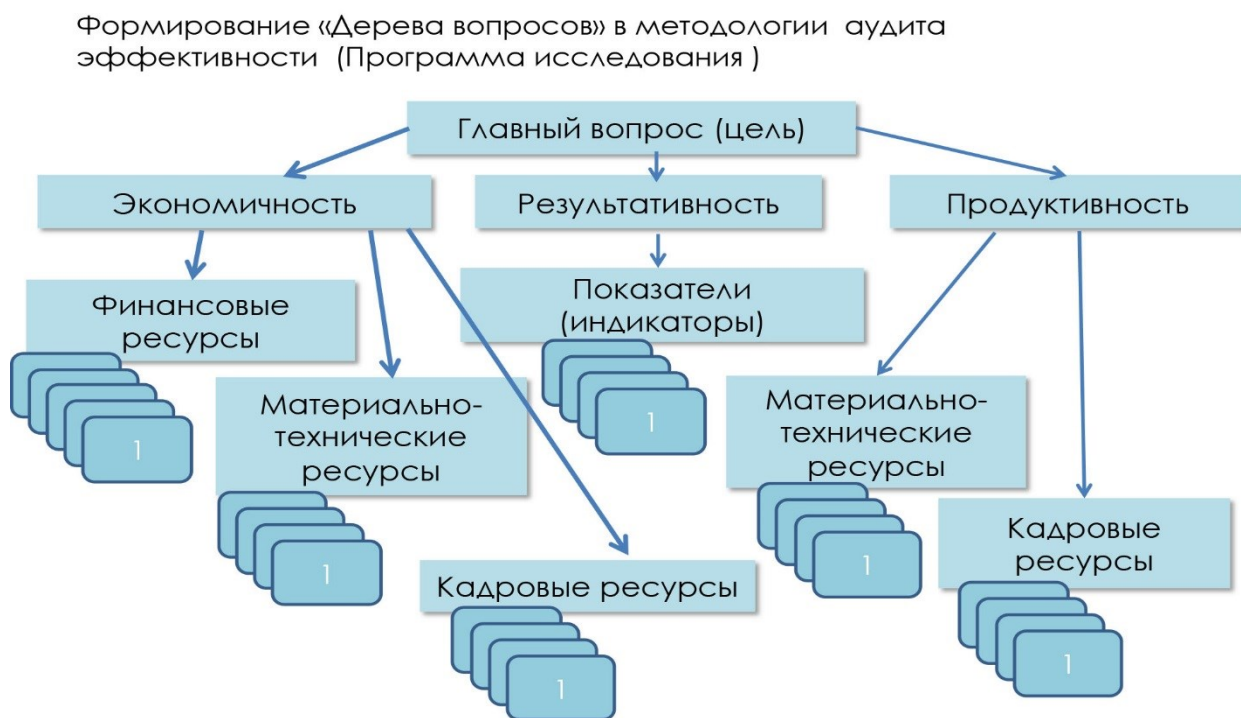
Применение ИАС АУДИТ позволяет регулярно проводить аудит эффективности использования ресурсов медицинскими организациями, на основе результатов которого руководство может своевременно принимать меры по удовлетворению потребности населения в качественной медицинской помощи и контролировать уровень достижения целевых медико-демографических показателей, предусмотренных государственными программами и национальными проектами в сфере здравоохранения.

В целях обоснования практического применения ИАС АУДИТ для оценки эффективности использования ресурсов медицинскими организациями при оказании взрослому населению первичной медико-санитарной помощи разработан алгоритм формирования КОЭИР на основе «Дерева вопросов», как одного из важнейших элементов методологии аудита эффективности.

#### 5.4 Формирование «Дерева вопросов» и оценочных показателей эффективности деятельности медицинских организаций

Методы оценки эффективности использования ресурсов позволяют формировать «Дерево вопросов», элементы которого обеспечивают исследование взаимосвязи между качеством использования ресурсов и полученным результатом. «Дерево вопросов», представленное на рисунке 23 является основой формулирования показателей и нормативных критериев их оценки.

Предложенное в ходе исследования «Дерево вопросов» имеет несколько уровней, каждый из которых характеризует эффективность отдельных процессов деятельности. Каждый уровень содержит различные факторы эффективности, которые объединяют вопросы на основе единого принципа (единая группа вопросов), что позволяет оценивать эффективность отдельно взятых процессов организации ПМСП.



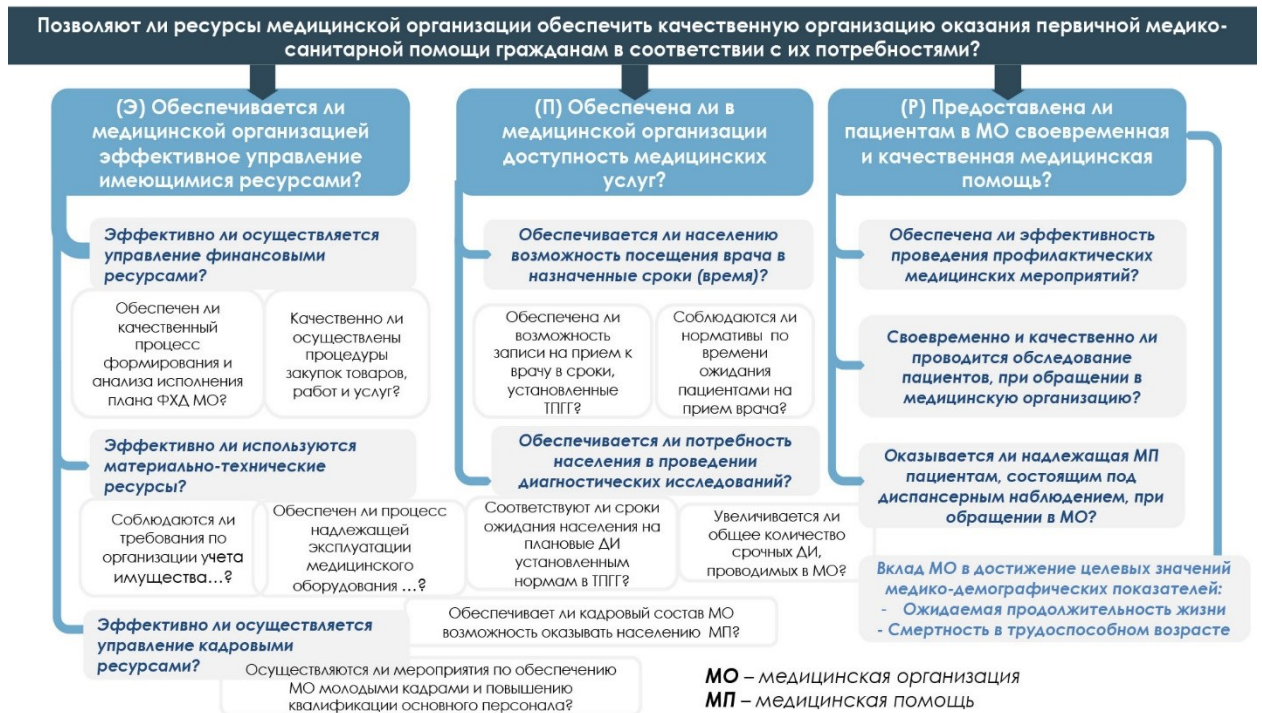
Источник: составлено автором.

Рисунок 23 – Формирование структуры «Дерева вопросов»

Основная тема исследования формулируется в главном вопросе и касается она изучения эффективности использования ресурсов медицинской организации для

оказания гражданам доступной и качественной первичной медико-санитарной помощи.

В случае, если исследование на основе методологии аудита эффективности показывает высокую эффективность по направлениям экономичность и продуктивность (производительность), но при этом не достигаются значения целевых показателей (результативность), то возможными вариантами ответа могут быть: недостаточность выделенных ресурсов, некорректное определение значений целевых показателей исходя из объема имеющихся ресурсов или выбранных механизмов для достижения целевых показателей. Схема формирования «Дерева вопросов» для проведения аудита эффективности использования ресурсов при оказании взрослому населению первичной медико-санитарной помощи представлена на рисунке 24.



Источник: составлено автором.

Рисунок 24 – Схема «Дерево вопросов» для проведения аудита эффективности

Формирование главного вопроса и вопросов первого уровня для расчета комплексной оценки эффективности использования ресурсов (КОЭИР) медицинской организацией при оказании взрослому населению первичной медико-санитарной помощи представлено в таблице 52.

Таблица 52 – Главный вопрос и вопросы первого уровня

Главный вопрос	Вопросы первого уровня
Позволяет ли качество управления ресурсами обеспечить в медицинской организации доступность и результативность оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи?	1. Экономичность (ОЭИР). Обеспечивается ли в медицинской организации эффективное управление имеющимися ресурсами?
	2. Продуктивность (Производительность - ОПИР). Обеспечена ли в медицинской организации доступность граждан к медицинской помощи, в соответствии с программами и стандартами, предусмотренными нормативными правовыми актами в сфере здравоохранения?
	3. Результативность (ОРИР) разделяется на две части: 3.1. Оказана ли гражданам, прикрепленным к медицинской организации качественная и результативная медицинская помощь? 3.2. Достигнуты ли целевые значения медико-демографических показателей, установленные государственными программами и проектами в сфере здравоохранения?

Источник: составлено автором.

Результативность (ОРИР) разделяется на две части, так первая связана с показателями, характеризующими результаты деятельности непосредственно медицинской организации, а вторая характеризуется медико-демографическими показателями той части населения, которая прикреплена к медицинской организации.

Вопросы каждого направления имеют несколько уровней, количество которых зависит от глубины изучения темы, возможности сформулировать показатель и измерить его. В приложении А представлено полное «Дерево вопросов», использованное в исследовании.

*Экономичность.* В направлении экономичность четыре уровня вопросов. Вопросы распределены по наименованиям ресурсов: финансовые, материально-технические и кадровые, что отражено в таблице 53.

Таблица 53 – Направление экономичность, вопросы второго уровня

Экономичность: вопрос первого уровня	Вопросы второго уровня
1. Обеспечивается ли в медицинской организации эффективное управление имеющимися ресурсами?	1.1. Эффективно ли осуществляется управление финансовыми ресурсами?
	1.2. Эффективно ли осуществляется управление материально-техническими ресурсами?
	1.3. Эффективно ли осуществляется управление кадровыми ресурсами?

Источник: составлено автором.

В данном направлении каждый из вопросов второго уровня имеет вопросы третьего уровня, которые характеризуют факторы эффективности. Вопросы четвертого уровня позволяют формулировать показатели оценки эффективности.

Таким образом, оценка эффективности управления финансовыми ресурсами, как, впрочем, и по другим направлениям основывается на построении пирамиды вопросов, в которой ответ на каждый вопрос следующего уровня позволяет более детально проводить оценку исследуемого процесса, что представлено в таблицах 54 и 55.

Таблица 54 – Направление экономичность, вопросы третьего и четвертого уровней, характеризующие эффективность управления финансовыми ресурсами

Вопрос второго уровня	Вопросы третьего уровня	Вопросы четвертого уровня
1	2	3
1.1. Эффективно ли осуществляется управление финансовыми ресурсами?	1.1.1. Обеспечен ли качественный процесс формирования, реализации и анализа плана ФХД медицинской организации (МО)? <i>Группа показателей сформированных на основе вопросов четвертого уровня позволяет оценить качество анализа и прогнозирования деятельности медицинской организации при формировании Плана ФХД, обоснования объема финансовых ресурсов, необходимого для организации и обеспечения потребности прикрепленного населения в медицинской помощи, его реализации –</i> <b>Качество формирования и реализации Плана ФХД</b>	1.1.1.1. Соответствует ли фактическое финансовое обеспечение медицинской организации по разделу поступления по доходам показателям, предусмотренным в первоначально утвержденном плане ФХД (с учетом корректировок)?
		1.1.1.2. Обеспечено ли полное покрытие фактических расходов МО полученными доходами МО (с учетом (и без) остатков на начало отчетного периода)?
		1.1.1.3. Соответствует ли фактическое расходование финансовых средств по разделу выплаты, утвержденному плановому показателю (первоначальному плану ФХД и с учетом корректировок)?
	1.1.2. Обеспечена ли оптимальная структура ФОТ в медицинской организации и его расходования? <i>Оценка эффективности производится на основе показателей, характеризующих укомплектованность медицинской организации медицинскими кадрами с учетом планируемых объемов и структурой оказания медицинской помощи –</i> <b>Качество формирования и использования фонда оплаты труда МО</b>	1.1.2.1. Соответствует ли удельный вес фонда оплаты труда в начисленных расходах МО оптимальному значению?
		1.1.2.2. Соответствует ли удельный вес начисленного фонда оплаты труда основного персонала в общем объеме ФОТ МО оптимальному значению?
		1.1.2.3. Соответствует ли уровень среднемесячной заработной платы медицинского персонала МО утвержденным нормативам?

Продолжение таблицы 54

1	2	3
-	<p>1.1.3. Осуществлены ли процедуры закупок товаров, работ и услуг своевременно, в запланированном объеме и необходимого качества по минимально возможным ценам? <i>Эффективность расходования средств, предназначенных на закупку товаров, работ и услуг характеризуется показателями, которые оценивают качество планирования и своевременность подготовки документации для организации торгов и участия в них максимально возможного числа участников с конкурентоспособными предложениями, отвечающими требованиям заказчика –</i> <b>Качество организации и проведения закупок товаров, работ и услуг</b></p>	<p>1.1.3.1. Соответствует ли объем размещенных заказов на закупку товаров, работ, услуг плановым значениям проведения конкурентных процедур закупок (соблюдение план-графика)?</p>
		<p>1.1.3.2. Соответствует ли значение удельного веса суммы закупок, осуществленных у единственного поставщика (за исключением закупок у естественных монополий), оптимальным значениям?</p>
		<p>1.1.3.3. Обеспечена ли экономия финансовых средств по результатам проведения торгов (разница между НМЦК и контрактной ценой)?</p>
	<p>1.1.4. Обеспечено ли качественное исполнение плана ФХД по разделу выплаты (расходы) <i>Показатели данной группы позволяют оценить качество управления финансовыми средствами, качество анализа потребности и планирования расходов на содержание имущества и обеспечения его безаварийной эксплуатации, соблюдения нормативов затрат структуры «непроизводственные» (немедицинские) расходы –</i> <b>Качество планирования и реализации объемов и структуры расходов</b></p>	<p>1.1.4.1. Обеспечено ли минимальное значение удельного веса дебиторской/кредиторской задолженности (текущей и просроченной) в балансе МО?</p>
		<p>1.1.4.2. Обеспечено ли оптимальное расходование средств на содержание имущества (с учетом и без учета медицинского оборудования)?</p>
		<p>1.1.4.3. Соответствует ли доля немедицинских (административных) в общих расходах МО оптимальным значениям?</p>

Источник: составлено автором.

Таблица 55 – Направление экономичность, вопросы третьего и четвертого уровней, характеризующие эффективность управления материально-техническими ресурсами

Вопрос второго уровня	Вопросы третьего уровня	Вопросы четвертого уровня
1	2	3
1.2. Эффективно ли осуществляется управление материально-техническими ресурсами?	<p>1.2.1. Соблюдаются ли требования по организации учета имущества (основных средств/медицинского оборудования) и планирования потребности в основных средствах/медицинского оборудования?</p> <p><i>Показатели четвертого уровня позволяют определить наличие стратегии (планов) развития медицинской организация и обеспечение ее деятельности основными средствами, качество реализации планов медицинской организации (если существуют) по оснащению медицинским оборудованием, исходя из удовлетворения потребности населения в оказании медицинской помощи –</i></p> <p><b>Качество организации процесса по обеспечению медицинским оборудованием</b></p>	1.2.1.1. Соблюдаются ли требования по организации учета основных средств/медицинского оборудования?
		1.2.1.2. Осуществляется ли ежегодное и долгосрочное планирование потребности в основных средствах с учетом табеля оснащения МО и сроков их эксплуатации (медицинского оборудования)?
		1.2.1.3. Реализуются ли планы по своевременной замене и модернизации медицинского оборудования с износом 100%?
	<p>1.2.2. Обеспечен ли процесс надлежащей подготовки медицинского оборудования к использованию?</p> <p><i>Группа показателей четвертого уровня позволяет оценить готовность к эксплуатации медицинского оборудования, процесс организации его технического обслуживания и предотвращения простоев медицинского оборудования по техническим и другим причинам. Аналогичный анализ может осуществляться и в отношении оборудования, обеспечивающего функционирование зданий, помещений медицинской организации –</i></p> <p><b>Качество организации процесса надлежащей подготовки медицинского оборудования к использованию</b></p>	1.2.2.1. Обеспечены ли условия для своевременного заключения контрактов на техническое обслуживание и ремонт медицинского оборудования?
		1.2.2.2. Обеспечено ли нахождение максимальной доли медицинского оборудования (в разрезе видов) в исправном состоянии?
		1.2.2.3. Обеспечивается ли учет простоев (по выбранным причинам) медицинского оборудования и их анализ?

Продолжение таблицы 55

1	2	3
-	<p>1.2.3. Обеспечивается ли оптимальное использование (расходование) материальных запасов?</p> <p><i>Показатели этой группы характеризуют качество учета, планирования и своевременного обеспечения потребности МО в расходных материалах –</i></p> <p><b>Качество организации обеспечения расходными материалами, медицинскими изделиями, лекарственными препаратами</b></p>	<p>1.2.3.1. Осуществляется ли своевременное и в полном объеме обеспечение материальными запасами (лекарственные препараты, мягкий инвентарь, расходный материал и пр.), необходимыми для оказания надлежащей медицинской помощи?</p> <p>1.2.3.2. Имеются ли в наличии сверхлимитные материальные запасы (лекарственные препараты с просроченным сроком годности, материалы, невостребованные для оказания медицинской помощи в течение длительного времени)?</p>

Источник: составлено автором.

Предложенный в таблице 55 перечень вопросов третьего и четвертого уровня позволяет охватить основные процессы управления финансовыми ресурсами он может быть расширен или скорректирован, а в случае необходимости детализации процесса исследования рекомендуется добавлять пятый уровень вопросов, соблюдая принцип не менее двух и не более семи вопросов. Важно, чтобы вопросы полностью охватывали исследуемый процесс (обеспечение достаточности и достоверности аудиторских доказательств), а интегральный ответ по группе вопросов в рамках фактора эффективности позволил бы оценить эффективность изучаемого процесса.

Например, вопрос, четвертого уровня (1.2.2.3.) из таблицы 55, касающийся причин простоя медицинского оборудования, рекомендуется расширять вопросами пятого уровня, на котором перечисляются возможные причины простоя (низкое качество техобслуживания, отсутствие необходимого количества пациентов, отсутствие квалифицированных кадров для работы с оборудованием, отсутствие расходных материалов и др.). Это позволяет качественно анализировать причины простоя и оценивать возможность управления процессом предупреждения невынужденных простоев (снижать риски простоя медицинского оборудования) за счет разработки и осуществления необходимых мероприятий.



Формирование вопросов третьего и четвертого уровня, характеризующие эффективность управления кадровыми ресурсами, представлены в таблице 56.

Таблица 56 – Направление экономичность, вопросы третьего и четвертого уровней, характеризующие эффективность управления кадровыми ресурсами

Вопрос второго уровня	Вопросы третьего уровня	Вопросы четвертого уровня
1.3. Эффективно ли осуществляется управление кадровыми ресурсами?	1.3.1. Обеспечивает ли персонал медицинской организации возможность оказывать населению своевременную и качественную медицинскую помощь? <i>Показатели характеризуют качество подготовки штатного расписания, его структуры и подбора кадров в медицинской организации в соответствии с потребностями населения в оказании медицинской помощи</i> – <b>Качество обеспечения медицинским персоналом</b>	1.3.1.1. Обеспечена ли занятость штатных должностей медицинских работников в соответствии со штатным расписанием медицинской организации? 1.3.1.2. Соблюдается ли минимизация уровня совместительства должностей медицинских работников в МО? 1.3.1.3. Обеспечена ли минимальная текучесть кадров в медицинской организации (основного персонала)?
	1.3.2. Принимаются ли достаточные меры для обеспечения медицинской организации молодыми кадрами и повышения квалификации медицинских работников? <i>Показатели характеризуют возрастной состав медицинского персонала и его квалификационную категорию</i> – <b>Качество организации мероприятий, способствующих привлечению молодых специалистов и профессиональному росту медицинского персонала</b>	1.3.2.1. Соблюдается ли принцип обновления основного персонала медицинской организации молодыми кадрами?
		1.3.2.2. Созданы ли в МО достаточные условия для мотивации медицинских работников повышать свой профессиональный уровень, квалификационную категорию?
		1.3.2.3. Соответствует ли доля врачей (среднего медицинского персонала), имеющих квалификационную категорию, оптимальным значениям?
	1.3.2.4. Соответствует ли доля молодых медицинских работников (врачи до 45 лет, средний медицинский персонал до 36 лет), имеющих квалификационную категорию оптимальным значениям?	

Источник: составлено автором.

Предлагаемый вариант построения «Дерева вопросов» по направлению экономичность охватывает оценку основных процессов управления ресурсами медицинской организации.

Данное направление позволяет оценить эффективность вложения финансовых ресурсов в материально-технические и кадровые ресурсы, с целью обеспечения максимальной продуктивности (производительности) при их использовании.

В медицинских организациях на практике отсутствует требование ведения управленческого учета, а существующие формы отчетности не позволяют в полной мере обеспечить сбор необходимой финансово-экономической информации для расчета значений отдельных показателей. Отсутствуют также научно обоснованные подходы к определению нормативных критериев оценки некоторых показателей, которые в соответствии с предлагаемым «Деревом вопросов» могли бы оценить эффективность управления ресурсами медицинской организации. Например, какая возрастная структура медицинского персонала наиболее эффективна для оказания населению медицинской помощи? Или какая доля врачей должна иметь высшую и первую квалификационные категории для оказания населению качественной медицинской помощи? Частично ответ на такие вопросы может дать экспертная оценка специалистов, которые на основе анализа производительности и результативности деятельности медицинских организации в течение ряда лет могли бы определить оптимальные интервалы возрастных групп (сплав опыта и молодости) или обозначить минимальную границу доли врачей (среднего медицинского персонала), владеющих квалификационной категорией.

Дополнительными инструментами получения аудиторских доказательств являются результаты анкетирования врачей и/или социологического опроса граждан. Результаты анкетирования и их анализ с участием членов экспертной группы позволяет уточнять оптимальные нормативы критериев оценки показателей, характеризующих работу персонала медицинской организации.

*Продуктивность.* Вопросы по направлению продуктивность (производительность) использования ресурсов также имеет несколько уровней.

Одной из основных задач медицинской организации является обеспечение доступности медицинской помощи для населения исходя из имеющихся ресурсов и качества управления ими. С учетом поставленной задачи формулируются вопросы «Дерева вопросов», которые характеризует продуктивность использования ресурсов и представлены в таблице 57.

Таблица 57 – Направление продуктивность (производительность), вопросы второго уровня

Продуктивность: вопрос первого уровня	Вопросы второго уровня
2. Обеспечена ли в медицинской организации доступность граждан к медицинской помощи, в соответствии с программами и стандартами, предусмотренными нормативными правовыми актами в сфере здравоохранения?	2.1. Обеспечивается ли прикрепленному населению возможность посещения врача в удобные для граждан сроки?
	2.2. Обеспечивается ли потребность населения в проведении диагностических (лабораторных и инструментальных) исследований?
	2.3. Обеспечивается ли потребность граждан, имеющих на это право в соответствии с действующим законодательством, в лекарственных препаратах?
	2.4. Обеспечивается ли потребность населения в оказании медицинской помощи на дому?
	2.5. Обеспечена ли доступность оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара и/или в случае необходимости, обеспечено ли своевременное направление граждан в медицинские организации для оказания плановой специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи?

Источник: составлено автором.

Каждый из вопросов второго уровня соответствует фактору эффективности, которые систематизированы согласно способам оказания медицинской помощи.

В таблице 58 представлены вопросы третьего уровня, характеризующие качество, интенсивность и полноту использование ресурсов медицинской организации, которые позволяют формировать оценочные показатели в зависимости от способа оказания гражданам медицинской помощи.

Таблица 58 – Направление продуктивность (производительность), вопросы третьего уровня, обеспечение доступности медицинской помощи

Продуктивность: вопросы второго уровня	Вопросы третьего уровня
1	2
2.1. Обеспечивается ли прикрепленному населению возможность посещения врача в удобные для граждан сроки? <i>Показатели оценивают уровень доступности населения к врачу –</i> <b>Качество обеспечения доступности граждан к врачу</b>	2.1.1. Обеспечена ли населению возможность записи на прием к врачу в сроки, установленные в Территориальной программе государственных гарантий - ТПГГ?
	2.1.2. Соблюдаются ли установленные нормативными правовыми актами комфортные нормативы по времени ожидания пациентами на прием врача?
	2.1.3. Обеспечена ли доступность граждан к дежурному врачу?

Продолжение таблицы 58

1	2
<p>2.2. Обеспечивается ли потребность населения в проведении диагностических (лабораторных и инструментальных) исследований? <i>Показатели оценивают уровень доступности населения к диагностическим исследованиям при оказании им медицинской помощи –</i> <b>Качество обеспечения доступности населения к диагностическим (лабораторным и инструментальным) исследованиям</b></p>	<p>2.2.1. Обеспечена ли возможность записи пациента на проведение плановых диагностических (лабораторных и инструментальных) исследований в сроки, установленные в ТППГ (по видам исследований)?</p> <p>2.2.2. Обеспечена ли возможность проведения срочных (внеплановых) диагностических (лабораторных и инструментальных) исследований?</p> <p>2.2.3. Имеются ли случаи проведения прикрепленным населением диагностических исследований в частном секторе здравоохранения?</p>
<p>2.3. Обеспечивается ли потребность граждан, имеющих на это право в соответствии с действующим законодательством, в лекарственных препаратах? <i>Показатели оценивают доступность и качество обеспечения лекарственными препаратами отдельных категорий граждан –</i> <b>Качество организации лекарственного обеспечения льготных категорий граждан</b></p>	<p>2.3.1. Ведется ли в медицинской организации реестр граждан, имеющих право на льготное (бесплатное или 50%) лекарственное обеспечение (по видам льгот)?</p> <p>2.3.2. Своевременно ли направляются в ДЗМ заявки на закупку лекарственных препаратов, исходя из ассортиментной и количественной потребности льготных категорий граждан?</p> <p>2.3.3. Увеличивается ли численность льготных категорий граждан (федеральных), отказавшихся от бесплатного лекарственного обеспечения?</p>
<p>2.4. Обеспечивается ли потребность населения в оказании медицинской помощи на дому? <i>Показатели оценивают качество организации оказания населению медицинской помощи на дому –</i> <b>Качество организации медицинской помощи на дому</b></p>	<p>2.4.1. Ведется ли реестр граждан, регулярно нуждающихся в оказании медицинской помощи на дому (включая патронаж)?</p> <p>2.4.2. Обеспечивается ли выполнение заявок населения на оказание помощи на дому в утвержденные положением (правилами) сроки?</p>
<p>2.5. Обеспечена ли доступность оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара (ДС)? <i>Показатели оценивают качество организации оказания населению медицинской помощи в дневных стационарах и граждан, направляемых на стационарное лечение –</i> <b>Качество организации медицинской помощи в условиях дневного стационара</b></p>	<p>2.5.1. Ведется ли реестр (регистр) граждан, нуждающихся в плановой и/или регулярной госпитализации в условиях дневного стационара?</p> <p>2.5.2. Обеспечена ли максимальная загрузка мощностей дневного стационара для удовлетворения потребности граждан?</p> <p>2.5.3. Обеспечена ли потребность граждан, находящихся под диспансерным наблюдением, и лиц старше трудоспособного возраста в оказании медицинской помощи в условиях ДС?</p> <p>2.5.4. Обеспечены ли граждане, находящиеся на лечении в ДС необходимыми лекарственными препаратами и медицинскими изделиями?</p>

Источник: составлено автором.

В рамках масштабного исследования могут проводиться и так называемые точечные исследования. Например, вопрос о наличии у прикрепленного населения возможности записаться на прием к врачу в удобные для него сроки может включать в себя изучение причин неявки на прием пациента, не отменившего свой визит. Таким образом, «безответственные» граждане блокируют возможность записи на прием другим гражданам, а, следовательно, снижают для других граждан доступность к врачу по причинам, не зависящим от медицинской организации. Исследования могут проводиться по отдельным специальностям врачей (терапия, хирургия, урология и пр.), если оценивается какое-то отдельное направление оказания гражданам медицинской помощи.

Представленное направление продуктивности (производительности), охватывает основные процессы функционирования медицинской организации, но оно может быть расширено и/или углублено за счет вопросов четвертого уровня. Например, в вопросе 2.1.1. (возможность записи на прием к врачу) может быть проведен углубленный анализ доступности к врачам разных специальностей или 2.2.1 к диагностическим исследованиям (инструментальным или лабораторным), что позволит определить потребность населения в медицинской помощи.

Данных форм статистической и финансовой отчетности, информации из ЕМИАС недостаточно для получения ответа на все озвученные в «Дереве вопросов» вопросы. Поэтому требуется дополнительное изучение некоторых первичных учетных форм или проводить косвенный расчет значений отдельных показателей, согласованных в ходе подготовки аудита эффективности с экспертной группой или представителями аудируемой организации.

В направлении продуктивность (производительность) аналогично с направлением экономичность, имеются сложности с обоснованием подходов к определению нормативных критериев оценки показателей, которые характеризуют, например, «Качество организации и доступности населения к лечению в условиях дневных стационаров». В этом случае дополнительно требуется использовать данные персонифицированного учета медицинской помощи и обработки данных медицинских карт, а также социологических опросов граждан, чтобы получить необходимые аудиторские доказательства.

*Результативность.* Результативность медицинских организаций оценивается на основе показателей, связанных с достижением ожидаемых результатов, характеризующих своевременное и качественное оказание медицинской помощи.

Важно также оценивать вклад медицинской организации в достижение медико-демографических показателей, таких как смертность, ожидаемая продолжительность жизни населения и других, являющихся основой оценки результативности использования ресурсов, и которые используются в качестве ожидаемых результатов в государственных программах и проектах в сфере демографии и здравоохранения.

Вопросы, характеризующие результативность в разрезе деятельности медицинской организации и достигнутых медико-демографических показателей для прикрепленного населения, представлены в таблице 59.

Таблица 59 – Направление результативность, вопросы второго уровня

Результативность: вопрос первого уровня	Вопросы второго уровня
3. Оказана ли гражданам, прикрепленным к медицинской организации качественная и результативная медицинская помощь?	3.1. Обеспечена ли в МО результативность проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации?
	3.2. Своевременно ли и качественно проводится обследование граждан, при обращении в медицинскую организацию?
	3.3. Оказывается ли надлежащая медицинская помощь гражданам, состоящим под диспансерным наблюдением, при обращении в медицинскую организацию?
3а. Достигнуты ли медицинской организацией целевые значения медико-демографических показателей, утвержденных государственными программами и национальными проектами?	3а.1. Достигнуты ли целевые показатели по увеличению продолжительности жизни населения?
	3а.2. Достигнуты ли целевые показатели по снижению смертности населения?

Источник: составлено автором.

Представленные в таблице 59 вопросы не полностью описывают результативность деятельности медицинской организации, так как большая часть статистических данных, используемых для ответа на вопросы, представляет собой статичную картину (фото) о состоянии здоровья или оказанной медицинской помощи определенному количеству населения за определенный период времени.

Более точная оценка результативности оказания медицинской помощи требует иного подхода к сбору и обработке данных, с тем, чтобы на их основе можно было увидеть динамическую картину (видео) процесса организации оказания населению медицинской помощи и оценить результат. Наглядно это может быть показано на примере анализа результатов проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, а также при обработке данных об оказании медицинской помощи пациентам, находящимся под диспансерным наблюдением.

Отдельные вопросы, например, «Минимизировано ли число необязательных экстренных госпитализаций граждан, состоящих под диспансерным наблюдением?», требует не только сбора и обработки статистической информации, но и изучения персонифицированных данных пациентов об оказании им медицинской помощи. Персонифицированные данные пациентов в ЕМИАС зашифрованы, но этого достаточно, чтобы оценить пол и возраст гражданина, которому потребовалась медицинская помощь. К числу необязательных экстренных госпитализаций требуется относить граждан, которые имеют хроническое неинфекционное заболевание и нерегулярно посещают медицинскую организацию или возможно не получают должной медицинской помощи.

Формирование вопросов, характеризующих результативность, как качество оказания медицинской помощи, представлено в таблице 60.

Таблица 60 – Направление результативность, вопросы второго и третьего уровня, характеризующие качество оказания медицинской помощи

Вопросы второго уровня	Вопросы третьего уровня
1	2
3.1. Обеспечена ли в МО результативность проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации? <i>Показатели оценивают полноту охвата и уровень организации ПМО и диспансеризации населения –</i> <b>Качество организации и проведения ПМО и диспансеризации граждан</b>	3.1.1. Обеспечивается ли максимальное значение доли граждан, посещающих МО в профилактических целях (прохождение ПМО, диспансеризации)?
	3.1.2. Соответствует ли полнота охвата прикрепленного населения ПМО (диспансеризацией), установленным нормативам?
	3.1.3. Обеспечены ли минимальные сроки прохождения гражданами ПМО, диспансеризации?
	3.1.4. Соответствует ли доля впервые выявленных заболеваний при прохождении ПМО, диспансеризации в общем объеме впервые выявленных заболеваний, оптимальным значениям?

Продолжение таблицы 60

1	2
<p>3.2. Своевременно ли и качественно проводится обследование граждан, при обращении в медицинскую организацию?</p> <p><i>Показатели оценивают охват населения медицинской помощью и уровень ее организации при обращении граждан в медицинскую организацию –</i></p> <p><b>Качество организации и оказания медицинской помощи гражданам, прикрепленным к медицинской организации</b></p>	3.2.1. Обеспечивается ли максимальное значение доли граждан, посещающих МО (уникальные пациенты) в общем количестве граждан, прикрепленных к медицинской организации?
	3.2.2. Соответствует ли доля впервые выявленных неинфекционных заболеваний в общем объеме выявленных заболеваний, оптимальным значениям?
	3.2.3. Соответствует ли число вызовов скорой медицинской помощи (СМП) оптимальным значениям (на 1 тыс. прикрепленного населения)?
	3.2.4. Соответствует ли численность пациентов, госпитализированных по экстренным показаниям оптимальным значениям (на 100 тыс. прикрепленного населения)?
	3.2.5. Соответствует ли доля впервые выявленных случаев онкологических заболеваний на ранних стадиях (I и II стадии) от общего количества выявленных случаев онкологических заболеваний в течение года, целевым значениям, утвержденным ТППГ?
	3.2.6. Выявлены ли случаи повторного обоснованного обращения граждан за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 30 дней со дня завершения амбулаторного лечения?
<p>3.3. Оказывается ли надлежащая медицинская помощь гражданам, состоящим под диспансерным наблюдением, при обращении в медицинскую организацию?</p> <p><i>Показатели оценивают уровень организации медицинской помощи гражданам, требующим по состоянию своего здоровья, нахождения под диспансерным наблюдением –</i></p> <p><b>Качество организации и оказания медицинской помощи гражданам, взятым под диспансерное наблюдение</b></p>	3.3.1. Соответствуют ли сроки взятия граждан под диспансерное наблюдение установленным нормативам?
	3.3.2. Обеспечивается ли регулярное обследование граждан, состоящих под диспансерным наблюдением?
	3.3.3. Минимизировано ли число необязательных экстренных госпитализаций граждан, состоящих под диспансерным наблюдением?
	3.3.4. Минимизировано ли число необязательных вызовов скорой медицинской помощи к гражданам, состоящим под диспансерным наблюдением?
	3.3.5. Соответствует ли доля случаев (дней) временной нетрудоспособности работающих граждан, состоящих под диспансерным наблюдением в общем числе случаев нетрудоспособности, оптимальным значениям?
	3.3.6. Соответствует ли доля граждан (трудоспособного возраста), снятых с диспансерного наблюдения в связи с выздоровлением, оптимальным значениям?
	3а.1.1. Обеспечено ли достижение целевого значения показателя «ожидаемая продолжительность жизни при рождении» прикрепленного населения?



Продолжение таблицы 60

1	2
За.1. Достигнуты ли целевые показатели по увеличению продолжительности жизни населения? <b>Достижение целевых показателей по увеличению продолжительности жизни населения</b>	За.1.2. Обеспечено ли достижение целевого значения показателя по продолжительности жизни мужчин из числа прикрепленного населения?
	За.1.3. Обеспечено ли достижение целевого значения показателя по продолжительности жизни женщин из числа прикрепленного населения?
За.2. Достигнуты ли целевые показатели по снижению смертности населения? <b>Достижение целевых показателей по снижению смертности населения</b>	За.2.1. Обеспечиваются ли целевые значения общего показателя «смертности населения» для прикрепленных к МО граждан?
	За.2.2. Обеспечиваются ли целевые значения показателя «смертность населения в трудоспособном возрасте» для прикрепленных к МО граждан?
	За.2.3. Обеспечиваются ли целевые значения показателя «смертность населения от болезней системы кровообращения» для прикрепленных к МО граждан?
	За.2.4. Обеспечиваются ли целевые значения показателя «смертность населения от новообразований, в т.ч. злокачественных» для прикрепленных к МО граждан?

Источник: составлено автором.

К сожалению, недостаточный уровень информатизации в части сбора и обработки персонифицированных данных об оказании гражданам медицинской помощи на различных ее этапах и в разных медицинских организациях затрудняет оценку вклада отдельно взятой медицинской организации в достижение целевых медико-демографических показателей. Кроме того, разобщенность информационных систем ЗАГСов, территориальных фондов обязательного медицинского страхования и медицинских организаций (государственных и частных) затрудняет статистический анализ данных о смертности пациентов, прикрепленных к медицинской организации.

Проведение аудита эффективности в таких условиях усложняется, так как для получения необходимого объема достоверных аудиторских доказательств и их обработки требуется использовать «ручной труд», при этом обработка данных усложняется, а погрешность в расчетах, на основании которых формулируются выводы и предложения, увеличивается.

## Выводы к главе 5

1. Применение элементов методологии аудита эффективности позволяет оценивать вклад каждой медицинской организации в достижение целевых значений показателей, результаты которого позволяют обосновать выделение дополнительных ресурсов медицинским организациям в целях повышения их эффективности.

Для этой цели используется инструментарий оценки вклада отдельно взятой медицинской организации в достижение целевых показателей, предусмотренных государственными программами и проектами в сфере здравоохранения на основе системы сбалансированных показателей, что представлено на примере медицинских организаций, оказывающих населению первичную медико-санитарную помощь.

2. При формировании оценочных показателей используются вопросы в соответствии со структурой «Дерева вопросов» по каждому из направлений аудита эффективности. Результативность деятельности медицинских организаций оценивается, с учетом критериев доступности и качества медицинской помощи, утвержденных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи. Кроме того, следует принимать во внимание и целевые показатели национальных проектов «Здравоохранение» и «Демография» в преломлении к ресурсам и видам деятельности медицинских организаций

3. Информатизация в сфере здравоохранения позволяет создавать новые подходы к формированию оценочных показателей и создавать массивы персонифицированной информации о пациентах и оказанных им медицинских услугах, которые могут быть использованы для создания показателей нового вида - динамических показателей качества оказания медицинской помощи в статистической отчетности.

Создание динамических показателей требует соответствующего подхода к формированию и учету первичных данных, которые могут быть использованы в информационных системах для автоматизированной обработки.

4. Применение ИАС АУДИТ позволяет регулярно проводить аудит эффективности использования ресурсов медицинскими организациями, на основе результатов которого руководство может своевременно принимать меры по удовлетворению потребности населения в качественной медицинской помощи и контролировать уровень достижения целевых медико-демографических показателей, предусмотренных государственными программами и национальными проектами в сфере здравоохранения.

## **Глава 6 Опыт применения методологии аудита эффективности для оценки результативности деятельности медицинских организаций, оказывающих населению первичную медико-санитарную помощь**

При формировании оценочных показателей в ходе исследования использовались вопросы низшего уровня, в соответствии с предложенной выше структурой «Дерева вопросов», по каждому направлению. Полный перечень показателей представлен в приложении Б. Предложенные нормативные критерии оценки являются рекомендуемыми, исходя из анализа фактических данных медицинских организаций за период 2016-2018 гг. В отдельных случаях для установления нормативного критерия оценки следует руководствоваться мнением экспертной группы.

### **6.1 Методика формирования показателей и критериев их оценки для организации и проведения аудита эффективности использования ресурсов медицинских организаций**

Критерии оценки показателей рекомендуется устанавливать с учетом существующих практик оценки финансовой дисциплины. Например, значения большей части показателей из таблицы 61 оцениваются с учетом нормативов, утвержденных методикой Стандарта качества управления ресурсами, так как они показали практическую целесообразность их применения.

Для удобства оценки результатов применяются балльные оценки, которые рассчитываются по каждому показателю и суммируются в пределах группы, являющейся фактором эффективности процесса (ветка второго или третьего уровня «Дерева вопросов» - ДВ). Расчет балльной оценки проводится с учетом значения показателя и его веса внутри каждой группы показателей.

*Экономичность. Управление финансовыми ресурсами (ДВ - 1.1).*

В настоящем исследовании нумерация показателей приводится согласно номеру в дереве вопросов, а таблицы сформированы по факторам эффективности. В таблице 61 представлено формирование показателей и их оценки по фактору эффективности - качество формирования и реализации Плана ФХД (ДВ - 1.1.1).

Таблица 61 – Качество формирования и реализации Плана ФХД

ДВ <sup>1</sup>	Наименование показателя и аргумента для его расчета	Обозначение	ФИД <sup>2</sup>	КО <sup>3</sup>
1.1.1	Отклонение объема фактических поступлений (доходов) от значения в первоначально утвержденном Плана ФХД, %	КД0	$=\frac{(\text{ОД}-\text{ОПД0})}{\text{ОПД0}}$	$\leq \pm 15$
1.1.1а	Отклонение объема фактических поступлений (доходов) от утвержденного значения в Плана ФХД (с учетом корректировки), %	КД1	$=\frac{(\text{ОД}-\text{ОПД1})}{\text{ОПД1}}$	$\leq \pm 5$
п.1	Фактический объем поступлений (доходов)	ОД	ф. 0503737	-
п.2	Значение по поступлениям (доходам) в Плана ФХД принятом на начало отчетного периода, руб.	ОПД0	План ФХД	-
п.3	Значение по поступлениям (доходам) в Плана ФХД, принятом с учетом корректировок, руб.	ОПД1	ф. 0503737	-
1.1.2	Отношение доходов к расходам, %	ДР	$=\frac{\text{ОД}}{\text{ОР}}$	$\geq 95^4$
1.1.2а	Отношение доходов (с учетом остатка средств на начало отчетного периода) к расходам, %	ДР1	$=\frac{(\text{ОД}+\text{ОСТ})}{\text{ОР}}$	$\geq 105$
п.1	Фактический объем поступлений (доходов), руб.	ОД	ф. 0503737	-
п.2	Фактический объем расходов (выбытие), руб.	ОР	ф. 0503737	-
п.3	Объем остатков средств на начало отчетного периода, руб.	ОСТ	ф. 0503730	-
1.1.3	Отклонение объема фактических расходов (выбытие) от утвержденного значения в первоначально утвержденном Плана ФХД, %	КР0	$=\frac{(\text{ОР}-\text{ОПР0})}{\text{ОПР0}}$	$\leq \pm 15$
1.1.3а	Отклонение объема фактических расходов (выбытие) от утвержденного значения в Плана ФХД (с учетом корректировки), %	КР1	$=\frac{(\text{ОР}-\text{ОПР1})}{\text{ОПР1}}$	$\leq \pm 5$
п.1	Фактический объем расходов (выбытие), руб.	ОР	ф. 0503737	-
п.2	Значение по расходам (выбытие) в Плана ФХД принятом на начало отчетного периода, руб.	ОПР0	План ФХД	-
п.3	Значение по расходам (выбытие) в Плана ФХД принятом с учетом корректировок, руб.	ОПР1	ф. 0503737	-
Примечания				
1 Графа ДВ здесь и далее означает номер в соответствии с порядковым номером «Дерева вопросов» (в направлении экономичность нумерация без первой цифры 1)				
2 Формула расчета и источник данных				
3 КО – нормативный критерий оценки				
4 Действует при условии, что значение ОСТ (объем остатков на начало отчетного периода) обеспечивает покрытие недостающих доходов				

Источник: составлено автором.

В расчетах значений показателей не учитывают доходы и расходы за счет субсидий на цели осуществления капитальных вложений (ф. 0503737, код вида 6),

которые являются отдельной строкой дохода и не отражаются на повседневной работе медицинской организации при оказании гражданам медицинской помощи.

В таблице 62 представлено формирование показателей и их оценки по фактору эффективности - качество формирования и использования фонда оплаты труда (ДВ - 1.1.2.).

Таблица 62 – Качество формирования и использования фонда оплаты труда

ДВ	Наименование показателя и аргумента для его расчета	Обозначение	ФИД	КО
1.2.1	Удельный вес фонда оплаты труда (ФОТ) в общем объеме расходов, %	УФОТ	=ФОТ/ОР	$70 \leq \text{УФ}$ $\text{ОТ} \leq 90$
п.1	Фонд оплаты труда, руб.	ФОТ	ф. 0503737	-
п.2	Фактический объем расходов (выбытие), руб.	ОР	ф. 0503737	-
1.2.2	Удельный вес фонда оплаты труда основного (медицинского) персонала в общем объеме расходов на ФОТ, %	УФОТО П	=ФОТОП/ ФОТбН	$80 \leq \text{УФ}$ $\text{ОТОП} \leq 95$
п.1	Фонд оплаты труда основного персонала (без начислений), руб.	ФОТОП	ЗП-здрав	-
п.2	Фонд оплаты труда (без начислений), руб.	ФОТбН	ЗП-здрав	-
1.2.3	Отношение уровня средней месячной заработной платы врача к средней месячной заработной плате по региону в сфере экономики (УСЗПВ), %	ОСМЗП В	=СМЗПВ/С МЗПЭ	$\geq 200$
1.2.3а	Отношение уровня средней месячной заработной платы среднего медицинского персонала к средней месячной заработной плате по региону в сфере экономики (УСЗПВ), %	ОСМЗП СМП	=СМЗПСМ П/СМЗПЭ	$\geq 100$
п.1	Средняя месячная заработная плата врача, руб.	СМЗПВ	ЗП-здрав	-
п.2	Средняя месячная заработная плата среднего медицинского персонала, руб.	СМЗПС МП	ЗП-здрав	-
п.3	Средняя месячная заработная плата по региону в сфере экономики, руб.	СМЗПЭ	Росстат	-

Источник: составлено автором.

Для более углубленного изучения вопросов формирования и использования ФОТ данная группа показателей может быть расширена за счет добавления показателей, характеризующих соотношение средней месячной заработной платы административно-управленческого персонала (АУП) и основного медицинского персонала или удельный вес ФОТ АУП.

Предварительный анализ бухгалтерской отчетности медицинских организаций показывает, что значительная часть финансовых ресурсов расходуется в медицинской организации на заработную плату работников и лишь 15-40% на

обеспечение деятельности. Доля ФОТ зависит от условий оказания населению медицинской помощи: амбулаторно или стационарно. В медицинских организациях, оказывающих взрослому населению первичную медико-санитарную помощь (амбулаторно), доля ФОТ в общих расходах составляет свыше 80 процентов.

Фактор эффективности, представленный в таблице 62, оценивает реализацию процесса по штатному укомплектованию медицинской организации врачами и средним медицинским персоналом с учетом квалификации и специализации, который обеспечивает доступность и качество медицинской помощи для населения. Показатели характеризуют уровень вознаграждения медицинского персонала, который может отражаться на результатах деятельности медицинской организации.

Дополнительным аудиторским доказательством для оценки удовлетворенности медицинского персонала условиями работы и уровнем заработной платы могут служить результаты анкетирования медицинского персонала и проведение полуструктурированных интервью. Это позволяет сравнить итоги фактического аудита с мнением самих работников медицинской организации. Результаты исследования представлены в п. 6.2.3. настоящей диссертации.

Качество организации закупок товаров, работ и услуг может оцениваться на основе разных показателей, для расчета которых приходится использовать в основном данные портала [zakupki.gov.ru](http://zakupki.gov.ru). Используется также информация медицинской организации, которая основывается на формах внутреннего учета организации закупок. Однако, учет ведется в основном по правилам, утвержденным в самой организации, исходя из общих законодательных требований к организации и проведению закупок.

Доля экономии финансовых средств по результатам проведения торгов является показателем, для расчета которого требуется установление дополнительных условий. Например, критерию оценки экономии финансовых средств должно соответствовать не менее 70% проведенных торгов (заключенных контрактов), что не позволит отражать при расчете только общую сумму экономии, полученную от одного-двух объемных контрактов.

В таблице 63 представлено формирование показателей по фактору эффективности - качество организации и проведения закупок (ДВ - 1.1.3.).

Таблица 63 - Качество организации и проведения закупок

ДВ	Наименование показателя и аргумента для его расчета	Обозначение	ФИД	КО
1.3.1	Доля размещенных заказов (торгов) от общего объема планируемых конкурентных процедур закупок (самостоятельные торги), %	ДЗ	=СРЗ/ПСЗ	$100 \geq Д$ $З \geq 95$
п.1	Сумма размещенных заказов (торгов) по конкурентным процедурам закупок по НМКЦ, руб.	СРЗ	Данные МО	-
п.2	Сумма планируемых к размещению конкурентных процедур закупок по НМКЦ, руб.	ПСЗ	План ФХД, табл. 2	-
1.3.2	Удельный вес суммы закупок, осуществленных у единственного поставщика <sup>1</sup> , %	УВЗЕП	=СЗЕП/СЗ	$\leq 5$
п.1	Сумма закупок, осуществленных у единственного поставщика, руб.	СЗЕП	Данные МО	-
п.2	Общая сумма закупок, руб.	СЗ	МО	-
1.3.3	Доля экономии финансовых средств по результатам проведения торгов (для не менее 70% количества торгов), %	ДЭФС	=(СРЗК-СК)/СРЗК	$\geq 5$
п.1	Сумма размещенных заказов (торгов) по конкурентным процедурам закупок по НМКЦ, по итогам которых заключены контракты, руб.	СРЗК	Данные МО	-
п.2	Сумма заключенных контрактов на основе размещенных заказов по конкурентным процедурам закупок	СК	Данные МО	-
1.3.3а	Среднее количество заявок на 1 лот по конкурентным процедурам закупок (самостоятельные торги), кол-во	СКЗ	=КЗ/КЛ	$\geq 3$
п.1	Общее количество заявок по лотам заказов, размещенных на конкурентной основе, кол-во	КЗ	Данные МО	-
п.2	Общее количество лотам по заказам, размещенным на конкурентной основе, кол-во	КЛ	Данные МО	-
1.3.3 б	Доля конкурентных процедур, по которым представлены обоснованные жалобы, в общем объеме конкурентных процедур, %	ДКПЖ	=СЖ/СРЗ	$\leq 5$
п.1	Сумма конкурентных процедур закупки по НМЦК, по которым представлены обоснованные жалобы, руб.	СЖ	Данные МО	-
п.2	Сумма размещенных заказов (торгов) по конкурентным процедурам закупок по НМКЦ, руб.	СРЗ	Данные МО	-
Примечание - Без учета закупок у естественных монополий, данные медицинских организаций целесообразно сверять с данными портала <a href="http://zakupki.gov.ru">zakupki.gov.ru</a>				

Источник: составлено автором.

В таблице 64 представлено формирование показателей и их оценки по фактору эффективности - качество и структура осуществления расходов или оптимальность структуры расходов и качество управления расходами (ДВ - 1.1.4.).



Таблица 64 - Оптимальность структуры расходов и качество управления расходами

ДВ	Наименование показателя и аргумента для его расчета	Обозначение	ФИД	КО
1.4.1	Удельный вес дебиторской задолженности (текущей/просроченной) в балансовой стоимости активов, %	УВДЗ (Т/П)	=СДЗТ(СДЗП)/БСА	$\leq 8/\leq 3$
1.4.1a	Удельный вес кредиторской задолженности (текущей/просроченной) в балансовой стоимости активов, %	УВКЗ (Т/П)	=СКЗТ(СКЗП)/БСА	$\leq 8/\leq 3$
п.1	Сумма дебиторской задолженности (текущей/просроченной), руб.	СДЗТ/СДЗП	ф. 0503769	-
п.2	Сумма кредиторской задолженности (текущей/просроченной), руб.	СКЗТ/СКЗП	ф. 0503769	-
п.3	Балансовая стоимость активов, руб.	БСА	ф. 0503730	-
1.4.2	Доля расходов на содержание имущества (включая техническое обслуживание медицинского оборудования) в общем объеме расходов, %	ДРИ/ДРМО	=СРИ(СРМО)/ОР	$\leq 10$ ( $\leq 3$ )
п.1	Сумма расходов на содержание имущества (включая коммунальные расходы), руб.	СРИ	ф. 0503737	-
п.2	Сумма расходов на содержание (техническое обслуживание) медицинского оборудования, руб.	СРМО	ф. 0503737 (МО)	-
п.3	Фактический объем расходов (выбытие), руб.	ОР	ф. 0503737	-
1.4.3	Удельный вес немедицинских расходов в общем объеме расходов, %	УВНМР	=СНМР/ОР	$\leq 25$
1.4.3a	Удельный вес административных расходов в общем объеме расходов, %	УВАР	=САР/ОР	$\leq 15$
п.1	Сумма немедицинских расходов, руб.	СНМР	ф. 0503737	-
п.2	Сумма административных расходов, руб.	САР	ф. 0503737	-
п.3	Фактический объем расходов (выбытие), руб.	ОР	ф. 0503737	-

Источник: составлено автором.

Оценка управления финансовыми ресурсами («Дерево вопросов», п. 1.1) позволяет охарактеризовать основные направления финансовых доходов и расходов медицинской организации, умение руководства своевременно принимать решения по их корректировке в зависимости от изменений в потребности в медицинских услугах.

К фактам, требующим корректировки, можно отнести:

- изменения потребности населения в объемах и структуре оказания медицинской помощи;
- издание нормативных правовых актов, предписывающих внесение изменений в условия и объем оказания медицинской помощи;

- обеспечение учреждения медицинским оборудованием и/или имуществом необходимым для оказания населению медицинской помощи.

*Управление материально-техническими ресурсами (ДВ - 1.2).*

Управление материально-техническими и кадровыми ресурсами в значительной степени зависит от эффективности управления финансовыми ресурсами. Как указывалось, выше доля расходов медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь амбулаторно, на осуществление деятельности составляет менее 20%.

В таблице 65 представлено формирование показателей и их оценки по фактору эффективности – качество организации процесса по обеспечению медицинским оборудованием (ДВ - 1.2.1.).

Таблица 65 - Качество организации процесса по обеспечению медицинским оборудованием

ДВ	Наименование показателя и аргумента для его расчета	Обозначение	ФИД	КО
2.1.1	Доля медицинского оборудования, отраженного в подсистеме ЕМИАС и сопоставленного с бухгалтерским учетом, %	УОС	= БУ/ИВ	≥90
п.1	Количество медицинского оборудования, находящегося в перечне ЕМИАС, единиц	ИВ	ЕМИАС, МО	-
п.2	Количество медицинского оборудования, согласно данным бухгалтерского учета, единиц	БУ	ЕМИАС, МО	-
2.1.2 <sup>1</sup>	Доля медицинского оборудования с износом 100%, %	ДМО100	=ПлОбМО	≤20
п.1	Количество медицинского оборудования с износом 100%, ед.	КМО100	ЕМИАС, МО	-
п.2	Общее количество медицинского оборудования в инвентаризационной ведомости ЕМИАС, ед.	КМО	ЕМИАС, МО	-
2.1.3	Доля нового медицинского оборудования, поступившего в медицинскую организацию за последние 3 года, %	ДПлМО	=КЗМО/КМО	≥10
п.1	Количество медицинского оборудования, замененного в последние 3 года, ед.	КЗМО	ЕМИАС, МО	-
Примечание - Для сравнения выбирается медицинское оборудование, от использования которого в значительной степени зависит доступность граждан к медицинской помощи				

Источник: составлено автором.

Показатели, включенные в данный блок, позволяют оценить работу медицинской организации с планами по развитию и способность обеспечить основную деятельность за счет приобретения нового медицинского оборудования с целью удовлетворения потребности населения в медицинских услугах. Отсутствие

должного учета медицинского оборудования и планов по развитию свидетельствует о наличии рисков в процессах организации и управления материально-техническими и финансовыми ресурсами.

В таблице 66 представлено формирование показателей и их оценки по фактору эффективности – Качество организации процесса надлежащей подготовки медицинского оборудования к использованию для повышения его работоспособности (ДВ - 1.2.2.).

Таблица 66 - Качество организации процесса надлежащей подготовки медицинского оборудования к использованию

ДВ	Наименование показателя и аргумента для его расчета	Обозначение	ФИД	КО
2.2.1	Доля медицинского оборудования, включенного в контракт на техническое обслуживание (ТО), %	ДКТО	=ККТО/КПТО	≥95
2.2.1a	Доля медицинского оборудования, обслуженного по контракту на ТО, %	ДОКТО	= КОКТО/ККТО	≥95
п.1	Количество единиц медоборудования, включенное в контракт на ТО, единиц	ККТО	ЕМИАС, МО	-
п.2	Количество единиц медоборудования, подлежащее включению в контракт на ТО, ед.	КПТО	ЕМИАС, МО	-
п.3	Количество единиц медоборудования, обслуженного по контракту на ТО, единиц	КОКТО	ЕМИАС, МО	-
2.2.2	Доля медицинского оборудования, находящегося в исправном состоянии, %	ДМОИС	= КМОИС/ОКМО	≥90
п.1	Количество медоборудования, находящегося в исправном состоянии, единиц	КМОИС	ЕМИАС, МО	-
п.2	Общее количество медоборудования, единиц	ОКМО	ЕМИАС, МО	-
2.2.3	Доля простоев (с указанием причины) от времени использования медоборудования, %	ДПрМО	= СВхМО/ОВИМО	≤20 <sup>1</sup>
п.1	Суммарное количество случаев/дней простоя (по каждой причине отдельно) в использовании медоборудования, дней	СВхМО	ЕМИАС, МО	-
п.2	Общее количество дней использования медоборудования, дней	ОВИМО	ЕМИАС, МО	-
Примечание - Расчет проводится по каждой причине отдельно, дни простоя суммируются, выявляется причина простоя, имеющая самый большой вес в значении показателя				

Источник: составлено автором.

Оценка по данной группе показателей требует проведения аудита непосредственно в медицинской организации. Нормативными правовыми актами не предусмотрено ведение учета некоторых процедур, например, не учитывается время

использования медицинского оборудования в течение рабочего дня или время его простоя.

Оценка качества управления процессом подготовки медицинского оборудования к использованию возможна при наличии в медицинской организации информационно аналитической системы, в которой ведется учет имеющегося оборудования, его технического обслуживания, рабочего состояния и другой необходимой информации. В Москве для этих целей используется единая информационная система ЕМИАС (медицинское оборудование).

В таблице 67 представлено формирование показателей и их оценки по фактору эффективности – качество организации обеспечения расходными материалами и/или лекарственными препаратами (ДВ - 1.2.3.).

Таблица 67 – Качество организации обеспечения расходными материалами и/или лекарственными препаратами

ДВ	Наименование показателя и аргумента для его расчета	Обозначение	ФИД	КО
2.3.1	Доля несвоевременного обеспечения материальными запасами (по видам запасов: лекарственные препараты, мягкий инвентарь и пр.), %	ДМЗ	=(СГОМЗ-ОМЗ)/СГОМЗ	≤20
2.3.2	Доля сверхлимитных материальных запасов (по видам запасов: лекарственные препараты, мягкий инвентарь и т.д.), %	ДСЛМЗ	=ОМЗГ/СГОМЗ	≤20
п.1	Суммарный объем имеющихся материальных запасов (по видам), руб.	ОМЗ	МО	-
п.2	Суммарный объем имеющихся материальных запасов (по видам), находящийся на складе свыше года, руб.	ОМЗГ	МО	-
п.3	Среднегодовой объем материальных запасов (по видам запасов), руб.	СГОМЗ	МО	-

Источник: составлено автором.

Наличие сверхлимитных запасов расходных материалов (лекарственных препаратов), также, как и их отсутствие относится к категории неэффективного управления ресурсами. Существует значительное количество проектов и рекомендаций, которые описывают оптимальные процессы учета и своевременного пополнения медицинских организаций лекарственными препаратами и расходными материалами [129].

Так, например, в методических рекомендациях «Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь»,

утвержденных Минздравом России в 2019 году [242] в качестве одного из критериев новой модели медицинской организации (в части - управление запасами) указывается, что уровень запасов на складе медицинской организации не должен превышать четверть объема годовой закупки.

В ходе аудита эффективности следует учитывать возможность наличия единичных случаев редкого использования отдельных расходных материалов (лекарственных препаратов), но которые должны быть в резерве и потому существуют риски некорректной оценки деятельности медицинской организации в соответствии с предложенными критериями оценки. В этом случае необходимо прописать правила учета и обращения резервов (мобилизационных резервов), которые не принимаются в расчет при проведении аудита эффективности.

*Управление кадровыми ресурсами (ДВ - 1.3).*

В таблице 68 представлено формирование показателей и их оценки по фактору эффективности – качество формирования кадрового состава (ДВ - 1.3.1.).

Таблица 68 - Качество формирования кадрового состава

ДВ	Наименование показателя и аргумента для его расчета	Обозначение	ФИД	КО
3.1.1	Укомплектованность штатных должностей (врачи/СМП) занятыми должностями, %	УШД(В/СМП)	=ЧЗД/ЧШД	≥90
3.1.2	Обеспеченность физическими лицами занятых должностей (врачи/СМП), %	ОФЛ	=ЧФЛ/ЧЗД	≥90
п.1	Число занятых должностей (врачи/СМП), ед.	ЧЗД	ФСН № 30	-
п.2	Число штатных должностей (врачи/СМП), ед.	ЧШД	ФСН № 30	-
п.3	Число физических лиц (врачи/СМП) на занятых должностях, чел.	ЧФЛ	ФСН № 30	-
3.1.3	Кадровая текучесть основного персонала (врачи/СМП), %	КТ(В/СМП)	=ЧУ/ССЧ(В/СМП)	≤15
п.1	Число уволившихся сотрудников основного персонала (врачи/СМП), чел.	ЧУ	МО	-
п.2	Среднесписочная численность (врачи/СМП), чел.	ССЧВ/С СЧСМП	МО	-
Примечание - Укомплектованность штатными должностями и физическими лицами следует проводить, как по общей численности врачей, так и основных специальностей (терапевты, ВОП, хирурги, урологи, офтальмологи кардиологи и т.д.)				

Источник: составлено автором.

Предложенные в таблице 68 показатели, характеризуют общее состояние обеспечения медицинской организации основным персоналом, задействованном при организации и оказании населению медицинской помощи. Более глубокое

погружение в кадровую структуру медицинской организации позволяет выявлять диспропорции в обеспечении медицинскими кадрами и оценить доступность граждан к врачам разных специальностей.

В таблице 69 представлено формирование показателей и их оценки по фактору эффективности – качество перспективного обеспечения кадровым составом (ДВ - 1.3.2.).

Таблица 69 – Качество перспективного обеспечения кадровым составом

ДВ	Наименование показателя и аргумента для его расчета	Обозначение	ФИД	КО
3.2.1	Доля врачей в возрасте 50 лет (СМП – 45 лет) и младше в среднесписочной численности врачей (СМП), %	ДВ50 СМП45	=ЧВ50/ССЧ В	≥50
п.1	Численность врачей в возрасте 50 лет и младше, чел.	ЧВ50	ФСН № 30, МО	-
п.2	Численность СМП в возрасте 45 лет и младше, чел.	ЧСМП4 5	ФСН № 30, МО	-
п.3	Среднесписочная численность врачей, чел.	ССЧВ	Данные МО	-
п.4	Среднесписочная численность СМП, чел.	ССЧСМ П	Данные МО	-
3.2.2	Доля врачей, зарегистрированных на портале непрерывного медицинского образования (НМО), %	ДВНМО	= ЧВНМО/СС ЧВ	≥90
3.2.2а	Доля СМП зарегистрированных на портале непрерывного медицинского образования (НМО), %	ДСМПН МО	= ЧСМПНМО/ ССЧСМП	≥90
п.1	Численность врачей, зарегистрированных на портале НМО, чел.	ЧВНМО	Данные МО	-
п.2	Численность СМП зарегистрированных на портале НМО, чел.	ЧСМПК К	Данные МО	-
3.2.3	Доля врачей (СМП), имеющих высшую квалификационную категорию (КК), %	ДВКК	=ЧВКК/ССЧ В	≥30
п.1	Численность врачей, имеющих высшую КК, чел.	ЧВКК	ФСН № 30	-
п.2	Численность СМП, имеющих высшую КК, чел.	ЧСМПК К	ФСН № 30	-
3.2.4	Доля врачей в возрасте 45 лет (СМП 36 лет) и младше, имеющих высшую КК, %	ДВ45КК	=ЧВ45КК/С СЧВ	≥15
п.1	Численность врачей в возрасте 45 лет и младше, имеющих высшую КК, чел.	ЧВ45КК	ФСН № 30, МО	-
п.2	Численность СМП в возрасте 36 и младше, имеющих высшую КК, чел.	ЧСМП3 6КК	ФСН № 30, МО	-

Источник: составлено автором.

Важным аспектом обеспечения медицинской организации является профессиональная подготовка врачей и среднего медицинского персонала (СМП), его возрастные характеристики, которые позволяют развивать наставничество и

профессиональный рост специалистов. Кроме высшей квалификационной категории, при анализе может учитываться и первая КК.

Представленные в таблицах 68-69 показатели и критерии их оценки, являются основой аудиторских доказательств, позволяющих оценить качество управления кадровыми ресурсами медицинской организации.

В рамках аудита изучаются планы медицинской организации (при наличии) и их реализация о направлении персонала на курсы повышения квалификации, семинары или симпозиумы. Основная часть данных для расчета значений показателей может быть получена удаленно на основе отчетных форм бухгалтерской и статистической отчетности или специально созданных порталов (мониторинга) для сбора информации в управленческих целях.

Производительность. *Обеспечение доступности медицинской помощи (ДВ - 2.1. – 2.5.).*

Для оценки производительности выбираются показатели, которые могут охарактеризовать степень удовлетворения потребности граждан в медицинских услугах, исходя из интенсивности работы и загруженности материально-технических и кадровых ресурсов, созданных за счет финансовых ресурсов. Нормами использования медицинского оборудования предусмотрено рекомендуемое и максимальное количество проведения исследований в течение рабочего дня, которые основаны на технических характеристиках медицинского оборудования. Одновременно следует учитывать временные нормативы работы медицинского персонала с оборудованием, так как в этом случае возможны разного рода ограничения. Например, рентгенологи, которые, исходя из норм безопасности, не могут быть задействованы в работе с рентгеновскими аппаратами более установленных норм. Нормы регулярно меняются по мере совершенствования технических характеристик медицинского оборудования.

Аналогично следует учитывать и нормативы функциональной нагрузки на врачей, которым отводится нормативный средний лимит времени на прием граждан (12, 15, 20, 30 минут на прием одного гражданина). Исходя из нормативного времени приема населения, формируется шаг сетки на основе которого для каждого врача создается расписание приемов, и граждане могут записываться на прием в удобное для себя время.

Исходя из вышеизложенных ограничений и потребности населения в объемах медицинской помощи, с учетом своевременности ее оказания, формируются показатели производительности использования кадровых и материально-технических ресурсов.

В таблице 70 представлено формирование показателей и их оценки по фактору эффективности – Качество обеспечения доступности населения к врачу (ДВ - 2.1.).

Таблица 70 – Качество обеспечения доступности населения к врачу

ДВ	Наименование показателя и аргумента для его расчета	Обозначение	ФИД	КО
2.1.1	Доля граждан необеспеченных записью к врачу в утвержденные ТПГГ комфортные и допустимые сроки по самозаписи, %	ДНеуП	=КПСН/О КПС	≤15
п.1	Количество граждан, которым не обеспечена самозапись в утвержденные ТПГГ комфортные или допустимые сроки, чел.	КПСН	ЕМИАС	-
п.2	Общее количество граждан, которые воспользовались самозаписью, чел.	ОКПС	ЕМИАС	-
2.1.2	Доля состоявшихся приемов со временем ожидания гражданами приема врача свыше 20 минут, %	ДПО20	=КПО20/О КП	≤10
п.1	Количество состоявшихся приемов со временем ожидания пациентом приема врача свыше 20 минут, кол-во	КПО20	ЕМИАС	-
п.2	Общее количество граждан, пришедших на прием врача, чел.	ОКП	ЕМИАС	-
2.1.3	Доля граждан с недопустимым временем ожидания приема дежурного врача (свыше 60 мин), %	ДПНВр	=КПНВр/К ПДВ	≤5
2.1.3а	Доля состоявшихся приемов дежурного врача от количества граждан, зарегистрированных в электронной очереди, %	ДСПДВ	=КП/КЗПД В	≥85
п.1	Количество граждан с недопустимым (60 мин.) временем ожидания приема, чел.	КПНВр	ЕМИАС	-
п.2	Количество приемов дежурного врача, кол-во	КПДВ	ЕМИАС	-
п.3	Количество граждан, зарегистрированных в электронной очереди к дежурному врачу, чел.	КЗПДВ	ЕМИАС	-

Источник: составлено автором.

Одновременно с указанными показателями целесообразно оценивать такие показатели, как доля пациентов, не явившихся на прием врача и не отменивших свой визит, нормативная и фактическая длительность приема врача и прочее.



Это позволит оценить потенциальный объем ресурсов для повышения доступности населения к врачу и в случае успешного управления этим ресурсом, появляется возможность повышения производительности труда медицинского персонала.

В таблице 71 представлено формирование показателей и их оценки по фактору эффективности – Качество обеспечения доступности населения к диагностическим исследованиям (ДВ - 2.2.).

Таблица 71 - Качество обеспечения доступности населения к диагностическим (лабораторным и инструментальным) исследованиям

ДВ	Наименование показателя и аргумента для его расчета	Обозначение	ФИД	КО
2.2.1	Доля граждан, которые ожидали диагностическое (лабораторное и инструментальное) исследование не более 14 дней, %	ДДИ14	=КПОДИ 14/ ОКПДИ	≥80
п.1	Количество граждан, которые ожидали диагностическое исследование не более 14 дней, чел.	КПОДИ 14	ЕМИАС, МО	-
п.2	Общее количество граждан, которые записаны на диагностические исследования, чел.	ОКПДИ	ЕМИАС, МО	-
2.2.1а	Доля граждан, которые ожидали диагностическое исследование не более 10 дней, %	ДДИ10	=КПОДИ 10/ ОКПДИ	≥40
п.1	Количество граждан, которые ожидали диагностическое исследование не более 10 дней, чел.	КПОДИ 10	ЕМИАС, МО	-
2.2.2	Доля граждан, которые ожидали диагностическое исследование не более 2 дней, %	ДДИ2	=КПОДИ 2/ ОКПДИ	≥10
п.1	Количество граждан, которые ожидали диагностическое исследование не более 2 дней, чел.	КПОДИ 2	ЕМИАС, МО	-
2.2.3	Доля граждан, которые провели диагностические исследования за собственные средства, в общем количестве граждан, записавшихся на диагностические исследования %	ДГССр	= КГССр/ ОКПДИ	≤3
п.1	Количество граждан, которые провели диагностическое исследование за собственные средства, чел.	КГССр	Соцопрос /медкарта пациента	-

Источник: составлено автором.

Допустимые сроки ожидания пациентов на диагностические исследования утверждаются в территориальной программе государственных гарантий оказания гражданам медицинской помощи (ТПГГ), которые составляют в основном не более

10 дней (за исключением компьютерной томографии). Соблюдение установленных сроков зависит от наличия у медицинской организации материально-технического (медицинское оборудование) и кадрового ресурса (врачей специалистов, работающих с медицинским оборудованием).

Прогнозирование объемов, с учетом медицинских показаний, потребления гражданами медицинских услуг в виде диагностических исследований определяет условия для расчета потребности в кадровых и материально-технических ресурсах.

Важным моментом является определение фактического удовлетворения потребности населения в медицинских услугах в установленные сроки и наличия неудовлетворенного спроса, в результате которого граждане вынуждены обращаться в медицинские организации для получения платных медицинских услуг.

Отсутствие единого реестра оказания гражданам медицинских услуг, независимо от места и формы (платно/бесплатно) их оказания, снижает достоверность прогноза потребности населения в медицинских услугах, что приводит к росту неудовлетворенности граждан доступностью медицинской помощи [93]. Аудиторские доказательства для оценки удовлетворенности граждан доступностью к диагностическим исследованиям могут быть получены на основе результатов анкетирования врачей и социологического опроса граждан.

Лекарственная терапия является одной из важнейших составляющих лечебного процесса и потому доступность для граждан лекарственных препаратов имеет решающее значение в исходе лечения, качестве оказания медицинской помощи и ее результативности.

Льготные категории граждан обеспечиваются лекарственными препаратами за счет бюджетных средств, поэтому необходима оценка эффективности организации процесса приема граждан, выписки врачом рецептов на лекарственные препараты и полученного результата.

В таблице 72 представлено формирование показателей и их оценки по фактору эффективности – качество организации лекарственного обеспечения льготных категорий граждан (ДВ - 2.3.).

Таблица 72 - Качество организации лекарственного обеспечения льготных категорий граждан

ДВ	Наименование показателя и аргумента для его расчета	Обозначение	ФИД	КО
2.3.1	Наличие реестра граждан (ОКГ), имеющих право на льготное (бесплатное или 50%) лекарственное обеспечение (ЛЛО), да/нет	РГЛП	МО/ЕМИА С	Да
2.3.2	Доля ОКГ не обеспеченных лекарственными препаратами в течение 5 дней от даты выписки рецепта, %	ДПЛП5	=КПЛП5/О КПЛП	≤5
п.1	Количество ОКГ, которые не получили лекарственные препараты в течение 5 дней от даты выписки рецепта, чел.	КПЛП5	МО/Сооп рос	-
п.2	Общее количество ОКГ, которым выписаны рецепты на лекарственные препараты, чел.	ОКПЛП	МО/ЕМИА С	-
2.3.3	Доля ОКГ (федеральных льготников), которые не отказались от ЛЛО, %	ДОКГ	=КОКГЛП/ ОКОКГЛП	≥40
п.1	Количество ОКГ (федеральные льготники), которые обеспечиваются лекарственными препаратами бесплатно (на конец/начало отчетного периода), чел.	КОКГЛ П	МО/ЕМИА С	-
п.2	Общее количество ОКГ (федеральные льготники), имеющих право на ЛЛО (на конец/начало отчетного периода), чел.	ОКОКГ ЛП	МО/ЕМИА С	-

Источник: составлено автором.

В данном факторе эффективности оценивается только организация лекарственного обеспечения граждан, имеющих право на бесплатное (или со скидкой) получение медикаментов в соответствии с федеральным законодательством и нормативными правовыми актами.

В России до настоящего времени значительная часть граждан, нуждающаяся в лекарственных препаратах, вынуждена приобретать их за собственные средства. В этой ситуации возможно отсутствие у граждан достаточных финансовых средств на покупку необходимого им лекарственного препарата и в таком случае гражданин не исполняет предписание врача и рекомендованное лечение, что может отразиться на результатах лечения и таким образом не зависит от качества медицинской помощи, оказанной гражданину в медицинской организации.

Отсутствие системы всеобщего лекарственного обеспечения сказывается на общей результативности оказания медицинской помощи, так как не все пациенты в состоянии приобрести те лекарственные препараты, которые рекомендует им врач. Это показали и результаты анкетирования врачей, которое было проведено в

отдельных медицинских организациях Москвы в 2019 году. Опрошенные врачи подтвердили, что не все пациенты, которым выписываются рецепты на лекарственные препараты, покупают их, а значит, снижается эффективность оказания медицинской помощи, что следует учитывать при оценке производительности и результативности деятельности медицинской организации.

Оценка доступности оказания медицинской помощи на дому зависит как от факторов организации этого мероприятия в медицинской организации, так и от самих пациентов.

В таблице 73 представлено формирование показателей и их оценки по фактору эффективности – качество организации медицинской помощи на дому (ДВ - 2.4.).

Таблица 73 - Качество организации медицинской помощи на дому

ДВ	Наименование показателя и аргумента для его расчета	Обозначение	ФИД	КО
2.4.1	Наличие реестра граждан, которым регулярно требуется медицинская помощь врача на дому, да/нет	РГВ/Д	МО	Да
2.4.2	Наличие колл-центра для приема заказов и направления врачей для оказания медицинской помощи на дому, да/нет	КЦ	МО	Да
2.4.3	Доля обслуженных вызовов врача на дом, %	ДОВВр	=КРВОМП / КВОМП	=100
2.4.4	Среднее количество вызовов на одного врача в смену, кол-во	СКВ1Вр	=КРВОМП / КВМПД	$14 \geq C$ КВ1В $p \geq 10$
п.1	Количество врачей обеспечивающих медицинскую помощь на дому, чел.	КВМПД	МО	-
п.2	Количество вызовов оказания медицинской помощи на дому, кол-во	КВОМП	МО/Колл-центр	-
п.3	Количество реализованных вызовов по оказанию медицинской помощи на дому, кол-во	КРВОМП	ФСН № 30, МО	-

Источник: составлено автором.

Прогнозирование потребности является трудной задачей и в основном базируется на анализе статистических данных прошедшего периода. В Москве в течение ряда лет существует разделение врачей, оказывающих медицинскую помощь на дому и работающих на приеме граждан в медицинской организации. Данная форма организации медицинской помощи имеет свои преимущества, так как позволяет медицинской организации лучше планировать рабочий день врача, а врачу лучше знать пациентов, которых он регулярно обслуживает на дому.

Кроме медицинской помощи на дому, граждане могут пользоваться услугами дневных стационаров.

В таблице 74 представлено формирование показателей и их оценки по фактору эффективности – качество организации медицинской помощи в условиях дневного стационара (ДВ - 2.5.).

Таблица 74 - Качество организации медицинской помощи в условиях дневного стационара (ДС)

ДВ	Наименование показателя и аргумента для его расчета	Обозначение	ФИД	КО
2.5.1	Наличие реестра граждан, нуждающихся в плановой и/или регулярной госпитализации в условиях дневного стационара, да/нет	РГДнСт	МО	Да
2.5.2	Среднее число дней использования койки в дневном стационаре, дней/койка	СЧКДД нСт	= СКДЛП x СКППК	≥260
п.1	Среднее количество дней лечения одного пациента, дней	СКДЛП	ФСН № 14ДС	-
п.2	Среднее количество пролеченных пациентов на одной койку, чел.	СКППК	ФСН № 14ДС	-
2.5.2а	Оборот койко-места в дневном стационаре, чел/койки	ОбКМД нСт	= ЧВДнСт/ СЧМДнСт	≥20
п.1	Число выбывших из дневного стационара больных (*1000)	ЧВДнСт	ФСН № 14ДС	-
п.2	Число среднегодовых пациенто-мест (с учетом смен работы) в дневном стационаре	СЧМДн Ст	ФСН № 14ДС, МО	-
2.5.2б	Средняя длительность пребывания больного в дневном стационаре, дней/чел.	СДлЛБ	= ОЧДЛБ/ ЧВДнСт	10≥X ≥5
п.1	Общее число дней, проведенных больными в дневном стационаре, дней	ОЧДЛБ	ФСН № 14ДС	-
2.5.2в	Доля граждан, которым оказана медицинская помощь в условиях ДС из общего количества граждан, пролеченных в ДС и в больнице, %	ДБМПД нСт	= ЧВДнСт/ (ОКБПрСт + ЧВДнСт)	≥25
п.1	Общее количество граждан (прикрепленных к МО), пролеченных в стационарах, чел	ОКБПр Ст	ФСН № 14, МО	-
2.5.3	Доля граждан из общего числа граждан, находящихся под диспансерным наблюдением, которые пролечены в условиях ДС, %	ДПДНД нСт	= КПДНДнС т/ КПДН	≥5
п.1	Количество граждан, находящихся под диспансерным наблюдением, которым оказана медицинская помощь в условиях ДС, чел.	КПДНД нСт	ФСН № 14ДС МО	-
п.2	Количество граждан, находящихся под диспансерным наблюдением, чел.	КПДН	ФСН № 12	-
2.5.4	Доля граждан необеспеченных за счет МО лекарственными препаратами (ЛП) и медицинскими изделиями (МИ), %	ДГНЛП	= ЧГЕЛП/ ЧВДнСт	≤1
п.1	Число граждан необеспеченных за счет МО ЛП и МИ, чел.	ЧГЕЛП	Соцопрос/ МО	-

Источник: составлено автором.

Лечение в условиях дневных стационаров возможно в случае, если пациенту не требуется круглосуточного наблюдения в стационарных условиях. Критерии оценки показателей, характеризующих производительность оказания пациентам медицинской помощи в дневных стационарах, в значительной степени зависят от профиля коек дневного стационара (терапевтические, онкологические и пр.). Получение достоверных аудиторских доказательств в данном случае в значительной мере зависит от качества ведения учета медицинской документации и возможностях информационной обработки персонифицированных сведений об оказании медицинских услуг. Формирование критериев оценки показателей рекомендуется осуществлять с учетом мнения экспертной группы.

*Результативность. Обеспечение качества и результативности оказания медицинской помощи (ДВ - 3.1 – 3.3/3а.1 – 3а.4).*

Результативность деятельности медицинских организаций оценивается, прежде всего, на основе критериев доступности и качества медицинской помощи, утвержденных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи и в региональных программах «Развитие здравоохранения». Кроме того, следует учитывать целевые показатели национальных проектов «Здравоохранение» и «Демография» в преломлении к ресурсам и видам деятельности медицинских организаций.

В таблице 75 представлено формирование показателей и их оценки по фактору эффективности – качество организации и проведения профилактических медицинских осмотров (ПМО) и диспансеризации граждан (ДВ - 3.1).

Данная группа показателей позволяет оценивать качество организации ПМО и диспансеризации, успешность усилий медицинских организаций по привлечению граждан к прохождению ПМО и диспансеризации, что отражается в цифрах охвата населения данными мероприятиями, а также качеством их проведения. Высокая доля впервые выявленных заболеваний при прохождении ПМО или диспансеризации в общем количестве случаев впервые выявленных заболеваний, свидетельствует о качественном проведении мероприятий.

В данной группе показателей может быть отдельно выделена оценка проведения ПМО или диспансеризации для возрастной группы населения, а именно, лиц трудоспособного или старше трудоспособного возраста. Например, доля

впервые выявленных заболеваний при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации лиц трудоспособного возраста в общем количестве впервые в жизни зарегистрированных заболеваний в течение года у лиц трудоспособного возраста.

Таблица 75 - Качество организации и проведения ПМО и диспансеризации граждан

ДВ	Наименование показателя и аргумента для его расчета	Обозначение	ФИД	КО
3.1.1	Доля граждан, посетивших МО в профилактических целях (ПМО, диспансеризация), %	ДПМОД	= ЧГПМОД/ ЧПрН	≥25
п.1	Численность граждан, посетивших МО в профилактических целях (ПМО, диспансеризация), чел.	ЧГПМО Д	ФСН № 30, МО	-
п.2	Численность прикрепленного населения, чел.	ЧПрН	ФСН № 30, МО	-
3.1.2	Охват населения диспансеризацией, %	ОГД	=ЧГД/ПЧГ Д	≥95
п.1	Численность граждан, прошедших диспансеризацию, чел.	ЧГД	ОФ № 131	-
п.2	Численность граждан, которым положено пройти диспансеризацию, чел	ПЧГД	ОФ № 131	-
3.1.3	Доля граждан, прошедших диспансеризацию за 3 визита в медицинскую организацию, %	Д	= КГДЗД/ ПЧГД	≥70
п.1	Количество граждан, прошедших диспансеризацию за 3 визита в медицинскую организацию, чел.	КГДЗД	МО	-
3.1.4	Доля впервые выявленных заболеваний при прохождении гражданами профилактического медицинского осмотра, диспансеризации в общем объеме впервые выявленных заболеваний, %	Д1ВЗ	= ЧС1ВЗ/ ОЧС1ВЗ	≥5
п.1	Число случаев впервые выявленных заболеваний при прохождении гражданами профилактического медицинского осмотра, диспансеризации, случаи	ЧС1ВЗ	ОФ № 131, ФСН № 12	-
п.2	Общее число случаев впервые выявленных заболеваний у граждан, случаи	ОЧС1ВЗ	ФСН № 12	-

Источник: составлено автором.

В таблице 76 представлено формирование показателей и их оценки по фактору эффективности – качество организации и оказания медицинской помощи гражданам, прикрепленным к медицинской организации (ДВ - 3.2.).

Таблица 76 - Качество организации и оказания медицинской помощи гражданам, прикрепленным к медицинской организации

ДВ	Наименование показателя и аргумента для его расчета	Обозна-чение	ФИД	КО
3.2.1	Доля граждан посетивших медицинскую организацию хотя бы один раз за отчетный период в общей численности прикрепленных граждан, %	ДУП	=ЧУП/ ЧПрН	≥70
п.1	Численность граждан посетивших медицинскую организацию, чел.	ЧУП	ЕМИАС, МО	-
п.2	Численность прикрепленного населения, чел.	ЧПрН	ФСН № 30, МО	-
3.2.2	Доля впервые выявленных неинфекционных заболеваний при обращении граждан в МО от общего количества выявленных неинфекционных заболеваний, %	ДС1В3	= ОЧС1В3/ ОЧСВ3	≥20
п.1	Общее число случаев впервые выявленных заболеваний у граждан, случаи	ОЧС1В 3	ФСН № 12	-
п.2	Общее число случаев выявленных заболеваний, %	ОЧСВ3	ФСН № 12	
3.2.3	Число вызовов скорой медицинской помощи (СМП) на 1 тыс. прикрепленного населения	ЧВСМ П1т	= ЧВСМП/ ЧПрН	≤30 0
п.1	Число вызовов скорой медицинской помощи (СМП)	ЧВСМ П	Данные СкорМедП	-
п.2	Численность прикрепленного населения	ЧПрН	МО	
3.2.4	Численность пациентов, госпитализированных по экстренным показаниям на 100 тыс. прикрепленного населения	ЧПГЭ П100т	= ЧПГЭП/ ЧПрН	≤70
п.1	Численность пациентов, госпитализированных по экстренным показаниям	ЧПГЭ П	МО, ФСН № 14	-
3.2.5	Доля впервые выявленных случаев онкологических заболеваний на ранних стадиях (I и II стадии) от общего количества выявленных случаев онкологических заболеваний, %	ДСРС О3	= ЧРСО3/ ОЧСО3	≥60
п.1	Число впервые выявленных случаев онкологических заболеваний на ранних стадиях (I и II стадии), случаи	ЧРСРС О3	ФСН № 7	-
п.2	Общее количество выявленных случаев онкологических заболеваний за отчетный период, случаи	ОЧСО 3	ФСН № 7	-
3.2.6	Доля случаев повторного обращения в МО пациентов за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 30 дней со дня завершения амбулаторного лечения, %	ДСПО МО	= ЧСПОМО/ ЧСОМО	≤5
п.1	Число случаев повторного обращения в МО пациентов за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 30 дней со дня завершения амбулаторного лечения, случаи	ЧСПО МО	МО	-
п.2	Число случаев обращения в МО пациентов за медицинской помощью по поводу заболевания, случаи	ЧСОМ О	ФСН № 30	-

Источник: составлено автором.



В данную группу показателей целесообразно включение ряда дополнительных показателей, характеризующих долю впервые выявленных сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета, туберкулеза и ряда других неинфекционных заболеваний, наличие которых негативно влияет на показатели ожидаемой продолжительности жизни, смертности населения или на стоимость и длительность лечения заболевания.

В таблице 77 представлено формирование показателей и их оценки по фактору эффективности – качество организации и оказания медицинской помощи гражданам, взятым под диспансерное наблюдение (ДВ - 3.3.).

Таблица 77 - Качество организации и оказания медицинской помощи гражданам, взятым под диспансерное наблюдение

ДВ	Наименование показателя и аргумента для его расчета	Обозначение	ФИД	КО
1	2	3	4	5
3.3.1	Доля граждан, взятых под диспансерное наблюдение (ДН) в сроки, установленные нормативами, %	ДСБДН Ср	= ЧБДНСр/ ЧБДН	≥97
п.1	Численность граждан, взятых под ДН в сроки, установленные нормативами, чел.	ЧБДНСр	МО	-
п.2	Численность граждан, взятых под ДН за отчетный период, чел	ЧБДН	МО, ФСН № 12	-
3.3.1a	Доля заболеваний у граждан, с впервые в жизни установленным диагнозом, взятых под ДН, из общего числа заболеваний граждан, находящихся под ДН, %	ДЗ1ДН	= ЧЗ1ДН/ ЧЗДН	≥10
п.1	Число впервые выявленных заболеваний у граждан, взятых под ДН, случаев	ЧЗ1ДН	МО, ФСН № 12	-
п.2	Число заболеваний у граждан, находящихся под ДН, случаев	ЧЗДН	МО, ФСН № 12	-
3.3.2	Доля граждан, находящихся под ДН и посещающих МО с периодичностью, установленной нормативно, %	ДБПУС р	= ЧБПУСр/К ПДН	≥90
п.1	Количество граждан, находящихся под ДН и посещающих МО с периодичностью, установленной в нормативах	ЧБПУСр	МО, ЕМИАС	-
п.2	Количество граждан, находящихся под ДН, чел.	КПДН	ФСН № 12	-
3.3.3	Доля экстренных госпитализаций граждан, состоящих под ДН, %	ДЭГБД Н	= КЭГБДН/ КПДН	≤15
п.1	Количество экстренных госпитализаций граждан, состоящих под ДН, чел.	КЭГБД Н	МО	-
3.3.4	Доля вызовов скорой медицинской помощи к гражданам, находящимся под ДН, %	ДВСМП ДН	=КВСМПД Н/ КПДН	≤15
п.1	Число вызовов скорой медицинской помощи к гражданам, находящимся под ДН, чел.	КВСМП ДН	Данные СкорМедП	-

Продолжение таблицы 77

1	2	3	4	5
3.3.5	Доля случаев в год (дней) временной нетрудоспособности работающих гражданам, находящимся под ДН, на одного гражданина, находящегося под ДН, %	ДСВНС БДН	= ЧСВНСРБ ДН/ ЧРБДН	$\leq 3$
п.1	Число случаев в год (дней) временной нетрудоспособности работающих гражданам, находящимся под ДН, случаи	ЧСВНС РБДН	ФСН №16ВН	-
п.2	Число работающих пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением, чел.	ЧРБДН	Данные МО	-
3.3.6	Доля граждан (трудоспособного возраста), снятых с диспансерного наблюдения в связи с выздоровлением, %	ДВП	= ЧВПДНТр В/ КПДНТрВ	$\geq 10$
п.1	Число граждан (трудоспособного возраста), снятых с диспансерного наблюдения в связи с выздоровлением	ЧВПДН ТрВ	Данные МО	-
п.2	Число граждан (трудоспособного возраста), находящихся под диспансерным наблюдением	КПДНТ рВ	Данные МО	-

Источник: составлено автором.

Перечень предложенных для проведения аудита эффективности использования ресурсов медицинских организаций, оказывающих ПМСП, показатели не является исчерпывающим и должен корректироваться при подготовке мероприятия. Так, например, не во всех медицинских организациях в штате работают онкологи, поэтому оценка результативности в таком случае может исходить из значения доли пациентов с подтвержденным онкологическим заболеванием на I или II стадии из общего числа пациентов, направленных на дополнительный осмотр в онкологический диспансер.

Предлагаемые по результатам исследования нормативные критерии оценки для значений ряда показателей носят рекомендательный характер и требуют согласования с экспертами на основе анализа практического применения показателей в оценке эффективности деятельности медицинских организаций.

В таблице 78 представлено формирование показателей и их оценки по фактору эффективности – результативность оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи на основе значений медико-демографических показателей (ДВ - 3а).

Таблица 78 - Результативность оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи

ДВ	Наименование показателя и аргумента для его расчета	Обозначение	ФИД	КО
За.1.1	Показатель «Ожидаемая продолжительность жизни при рождении» прикрепленного населения, лет	ОПЖ	Мосгорстат МО	$\geq 78^1$
За.1.2	Показатель «Продолжительность жизни мужчин» прикрепленного населения, лет	ПЖМ	Мосгорстат МО	-
За.1.3	Показатель «Продолжительность жизни женщин» прикрепленного населения, лет	ПЖЖ	Мосгорстат МО	-
За.2.1	Смертность прикрепленного населения (на 100 тыс. населения)	СмПрН	= ЧУПрН/ ЧПрН	$\leq 970$
За.2.2	Смертность прикрепленного населения в трудоспособном возрасте (на 100 тыс. населения)	СПрТВ	= ЧУТВ/ ЧПрТВ	$\leq 311^1$
п.1	Численность умерших граждан, чел	ЧУПрН	Росстат, МО	-
п.2	Численность умерших граждан трудоспособного возраста, чел	ЧУТВ	Росстат, МО	-
п.3	Численность прикрепленного населения трудоспособного возраста, чел	ЧПрТВ	МО, ТФОМС	-
За.2.3	Смертность прикрепленного населения от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения) /Стандартизированный коэффициент смертности (СКС)	СБСК	= ЧУБСК/ ЧПрН	$\leq 530$ СКС $\leq 370^1$
п.1	Численность умерших граждан от болезней системы кровообращения, чел	ЧУБСК	Росстат, МО	-
п.2	Численность прикрепленного населения, чел.	ЧПрН	ФСН № 30, МО	-
За.2.4	Смертность прикрепленного населения от новообразований, в т.ч. злокачественных (на 100 тыс. населения) / Стандартизированный коэффициент смертности (СКС)	СН	= ЧУН/ ЧПрН	$\leq 210$ СКС $\leq 151^1$
п.1	Численность умерших граждан от новообразований, в т.ч. злокачественных, чел.	ЧУН	Росстат, МО	-
Примечание – Значения указаны на основании данных Государственной программы города Москвы "Развитие здравоохранения города Москвы»				

Источник: составлено автором

Оценка результативности деятельности медицинских организаций на основе значений медико-демографических показателей является сложным процессом, так как требует наличия данных о прикрепленном населении за несколько лет, исключения из расчета граждан, которые открепились от медицинской организации в связи со сменой жительства, учета смертности граждан в больницах, на дому или не по месту жительства.

Данные о гражданах хранятся в разных информационных системах и требуются значительные усилия для их сбора, обработки и анализа.

Тем не менее, на основе фрагментарных данных для расчета медико-демографических показателей, можно оценить результативность деятельности медицинских организаций и сравнить результаты отдельной взятой медицинской организации с общими результатами по Москве.

Медико-демографические показатели являются частью комплексной оценки результативности деятельности медицинской организации, в которую рекомендуется включать оценку удовлетворенности граждан, оказанными им медицинскими услугами на основе независимой оценки качества (НОК) и результатов социологического опроса, т.е. оценки общественного мнения (ОМ).

## **6.2 Результаты оценки результативности деятельности медицинских организаций при оказании населению первичной медико-санитарной помощи**

Показатели и критерии их оценки, сформулированные на основе «Дерева вопросов» определяют процесс организации сбора, обработки и анализа данных медицинской организации, а полученный результат является основой для формулирования выводов об эффективности использования ресурсов медицинской организации и результативности, осуществляемой ею деятельности.

В ходе исследования проведен выборочный аудит эффективности с использованием показателей, разработанных на основе предложенного «Дерева вопросов». Для расчета значений показателей использовались данные статистической и бухгалтерской отчетности, данные ЕМИАС за 2016-2018 годы и другие источники информации.

Результаты аудита эффективности проведенного на основании данных, полученных удаленным способом (без выхода в медицинскую организацию для изучения первичных учетных документов) из медицинских организаций позволили оценить возможность практического применения методологии аудита эффективности использования ресурсов медицинских организаций.

Для проведения исследования в форме аудита выбрано 9 медицинских организаций государственной системы здравоохранения Москвы, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению, или около 20% от общего количества амбулаторно-поликлинических учреждений здравоохранения для взрослых. Критерий отбора включал в себя требование сравнения медицинских организаций из разных административных округов Москвы, имеющих схожие характеристики по численности прикрепленного к ним населения и объема финансирования (+/- 20% от среднего значения).

Практика удаленного сбора данных, их обработки и анализа показывает, что часть информации, необходимой для расчета значений некоторых показателей находится в распоряжении только медицинской организации и не содержится в общедоступных источниках, поэтому сбора дополнительной информации необходима организация мониторинга данных, в котором бы отражалась недостающая для аудитора информация, в том числе такая, учет которой в настоящее время не ведется. (например, учет простоя медицинского оборудования в связи с отсутствием расходных материалов или медицинского персонала и пр.).

### **6.2.1 Формирование оценки достаточности ресурсов (ОДР)**

В таблице 3.33 представлена краткая информация об основных ресурсах, имеющихся в распоряжении исследуемых медицинских организаций. Информация, представленная в таблице 79, подтверждает, что между медицинскими организациями существуют различия в обеспечении кадровыми и материально-техническими ресурсами.

Выбранные медицинские организации отличаются численностью прикрепленного к ним населения и его половозрастным составом, что влияет на объем их финансового обеспечения, так как подушевой тариф для амбулаторно-поликлинических учреждений зависит от пола и возраста прикрепленного населения.

С учетом численности прикрепленного населения и утвержденных нормативов формируется штатное расписание медицинской организации, т.е. обеспечение врачами разных специальностей и другим медицинским персоналом.

Таблица 79 – Ресурсы медицинских организаций в 2018 году и их изменения по сравнению с 2016 годом

<b>Данные о прикрепленном населении и ресурсах</b>	МО 1	МО 2	МО 3	МО 4	МО 5	МО 6	МО 7	МО 8	МО 9
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Численность прикрепленного населения, тыс. человек	153,5	175,7	139,8	133,6	205,4	196,1	137,7	223,5	201,1
Изменения к 2016 г, %	1,32	0,80	-1,55	-1,76	-0,63	-3,49	-0,22	2,62	1,51
В т.ч. старше трудоспособного возраста, тыс. человек	55,4	61,1	45	44	70,6	70,1	45,6	80,3	72,4
Изменения к 2016 г, %	3,36	3,21	2,97	3,04	2,92	-0,99	5,56	5,52	3,87
<b>Наименование ресурсов</b>									
Мощность поликлиники, посещений в смену	2907	3257	2156	2903	4480	4000	2364	3873	3674
Изменения к 2016 г, %	-12,44	-4,23	-7,94	-4,06	-1,97	-11,03	-2,48	-5,54	-4,84
Количество коек в дневном стационаре, единиц	140	142	142	98	79	206	44	94	60
Изменения к 2016 г, %	0,00	4,41	0,00	0,00	-36,29	0,00	-15,38	-37,33	0,00
<b>I – Финансовые ресурсы</b>									
Доходы на 1 гражданина, тыс. руб.	5,51	5,61	5,56	5,70	5,17	6,02	5,94	5,26	5,63
Изменения к 2016 г, %	15,95	7,35	9,87	10,02	11,36	13,70	19,36	19,36	19,71
Доля средств ОМС в доходах, %	87,9	90,7	92,3	90,3	94,5	88,7	88,5	93,6	92,5
Изменения к 2016 г, %	-8,8	-3,4	-2,7	-5,0	-1,3	-6,7	-7,7	-3,6	-4,9
<b>II – Кадровые ресурсы</b>									
Врачи, число штатных должностей	241	255	231	228	303	326	197	318	273
Изменения к 2016 г, %	-30,35	-14,14	-34,75	-28,75	-25,19	-34,41	-23,94	-23,92	-12,50
Врачи, число занят/штат/должн.	190	212	185	188	273	259	160	270	194
Изменения к 2016 г, %	-9,09	-16,21	-21,94	-11,32	-21,78	-19,31	-15,79	-7,53	-11,82

Продолжение таблицы 79

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Врачи, число физических лиц	195	224	189	173	286	269	159	284	183
Изменения к 2016 г, %	4,84	-7,82	-15,25	-15,61	-13,86	-14,87	-13,59	-1,39	-6,63
<b>III – Материально-технические ресурсы</b>									
Аппараты УЗИ, единиц	11	27	15	18	21	31	10	19	14
Изменения к 2016 г, %	-15,38	-3,57	7,14	0,00	-8,70	-27,91	-52,38	0,00	-17,65
Маммографические аппараты, ед.	4	4	1	2	2	3	3	3	3
Изменения к 2016 г, %	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Рентгеновские аппараты, ед.	19	19	14	19	31	24	20	16	18
Изменения к 2016 г, %	-9,52	-5,00	-17,65	-5,00	3,33	0,00	-20,00	-5,88	-5,26
МР-томографы, ед.	1	1	1	1	2	1	1	1	0
Изменения к 2016 г, %	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-
КТ-томографы, ед.	1	1	1	1	1	1	1	0	1
Изменения к 2016 г, %	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,0
Электрокардиографы, ед.	21	37	39	36	54	44	32	25	48
Изменения к 2016 г, %	0,00	5,71	143,75	89,47	17,39	10,00	6,67	25,00	20,00
Балансовая стоимость ОС на конец отчет. года, млн руб.	678,5	586,6	777,7	664,8	843,9	689,6	715,9	573,8	442,5
Изменения к 2016 г, %	4,37	-1,10	9,86	2,45	2,99	6,60	-2,05	-1,93	10,16
Балансовая стоимость МЗ на конец отчет. года, млн руб.	8,2	31,2	25,9	35,3	28,1	37,5	28	60,6	69,9
Изменения к 2016 г, %	-41,43	-3,41	264,79	370,67	8,49	100,53	-6,35	3,24	18,47
Примечание – ОМС – обязательное медицинское страхование, ОС – основных средств, МЗ – материальных запасов, УЗИ – диагностические ультразвуковые системы, КТ – компьютерный томограф, МРТ – магниторезонансный томограф									

Источник: составлено автором по материалам [258; 259].

Согласно критериям доступности медицинской помощи, утвержденным ТППГ города Москвы на 2019 год, оптимальное значение обеспеченности врачами, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, составляет 22,4 врача на 10 тыс. населения. Фактические данные об обеспеченности прикрепленного населения врачами, представлены в таблице 80.

Таблица 80 – Обеспеченность населения врачами, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях

Количество врачей на 10 тыс. человек прикрепленного населения

Год/МО	МО 1	МО 2	МО 3	МО 4	МО 5	МО 6	МО 7	МО 8	МО 9
2016 год	12,3	13,9	15,7	15,1	16,1	15,6	13,3	13,2	9,9
2017 год	11,5	12,6	13,3	13,8	14,7	14,1	11,7	12,3	8,7
2018 год	12,7	12,7	13,5	12,9	13,9	13,7	11,5	12,7	9,1
Сравнение 2018/2016	3,5	-8,6	-13,9	-14,1	-13,3	-11,8	-13,4	-3,9	-8,0

Источник: составлено автором.

Анализ данных из таблицы 80 показывает, что обеспеченность врачами в городских поликлиниках составила в 2018 году от 9,1 до 13,9 человек на 10 тыс. населения.

Следует иметь в виду, что в нормативах ТППГ учитываются все врачи, которые оказывают медицинскую помощь амбулаторно, работающие не только в городских поликлиниках, но в диспансерах (эндокринологические, онкологические и пр.), женских консультациях, стоматологических поликлиниках и т.д., в которые обращается то же самое прикрепленное население.

Поэтому можно утверждать, что в городских поликлиниках сосредоточено более 60% кадровых ресурсов, оказывающих населению медицинскую помощь амбулаторно.

В период 2016-2018 гг. практически во всех исследуемых медицинских организациях (за исключением МО1) произошло снижение численности врачей. Одной из возможных причин снижения численности врачей является требование о выполнении нормативных правовых документов по обеспечению соответствующего уровня среднемесячной заработной платы медицинского персонала, принятых на основе Указа Президента Российской Федерации [10].

Анализ изменения доли лиц старше трудоспособного возраста показывает, что в период 2016-2018 гг. она значительно не изменилась, что представлено в таблице 81, но этот показатель имеет ярко выраженную тенденцию к росту. С учетом



того, что обращаемость в медицинскую организацию лиц старше трудоспособного возраста гораздо выше, чем трудоспособного, то можно ожидать ежегодный рост нагрузки на врачей, которая может быть нивелирована только увеличением численности врачей в медицинской организации или повышением интенсивности их труда.

Таблица 81 – Доля граждан старше трудоспособного возраста

Год/МО	В процентах								
	МО 1	МО 2	МО 3	МО 4	МО 5	МО 6	МО 7	МО 8	МО 9
2016 год	35,4	34,0	30,8	31,4	33,2	34,8	31,3	34,9	35,2
2017 год	35,6	34,4	31,6	32,2	33,9	35,1	32,2	35,4	35,6
2018 год	36,1	34,8	32,2	32,9	34,4	35,7	33,1	35,9	36,0
Изменение 2018/2016	2,0	2,4	4,6	4,9	3,6	2,6	5,8	2,8	2,3

Источник: составлено автором.

Необходимость увеличения численности врачей влечет за собой необходимость роста финансовых ресурсов, направляемых в фонд заработной платы, что является возможным в случае роста доходов (финансовых поступлений) медицинской организации, например, за счет собственных доходов (оказание платных медицинских услуг) или увеличения подушевого тарифа ОМС. Информация об уровне доходов медицинских организаций в период 2016-2018 гг. представлена в таблице 82.

Таблица 82 – Доля доходов за счет средств ОМС в медицинской организации

Год	В процентах								
	МО1	МО2	МО3	МО4	МО5	МО6	МО7	МО8	МО9
2016	96,4	93,9	94,9	95,1	95,7	95,1	95,9	97,1	97,3
2017	93,8	94,2	98,5	97,3	92,2	93,5	95,0	94,5	97,5
2018	87,9	90,7	92,3	90,3	94,5	88,7	88,5	93,6	92,5

Источник: составлено автором.

Данные, представленные в таблице 82, показывают, что доля средств ОМС в 2018 году снижается и в некоторых медицинских организациях составляет менее 90 процентов.

Рост общих доходов обеспечивается, как за счет роста собственных доходов (оказание платных медицинских услуг), так и дополнительных субсидий из бюджета города Москвы в качестве грантов. Например, за успешную реализацию мероприятий, предусмотренных «Московским стандартом поликлиник» или за

высокое качество организации профилактической работы, направленной на раннее выявление хронических неинфекционных заболеваний и факторов их развития медицинская организация получает дополнительное стимулирующее финансирование.

Анализ обеспечения медицинских организаций материально-техническими ресурсами также указывает на существующие различия. Форма ФСН № 30 отражает ассортимент и количество медицинского оборудования, но не отражает его качественные и технические характеристики, срок эксплуатации, а это является важнейшим фактором оценки производительности использования медицинского оборудования.

В таблице 83 представлены данные о ресурсах медицинских организаций в пересчете на численность прикрепленного населения в 2018 году и их изменения по сравнению с 2016 годом.

Таблица 83 – Ресурсы медицинской организации с учетом численности прикрепленного населения в 2018 году в сравнении с 2016 годом

На 10 тысяч населения									
Наименование ресурсов	МО1	МО2	МО3	МО4	МО5	МО6	МО7	МО8	МО9
Доходы (всего), тыс. рублей на человека	5,51	5,61	5,56	5,70	5,17	6,02	5,94	5,26	5,63
Изменения к 2016 г, %	14,4	6,5	11,6	12,0	12,1	17,8	19,6	16,3	17,9
Доходы за счет средств ОМС, тыс. рублей на человека	4,85	5,09	5,13	5,15	4,89	5,34	5,26	4,92	5,21
Изменения к 2016 г, %	4,3	2,9	8,5	6,4	10,7	9,9	10,4	12,1	12,2
Количество врачей (занятые штатные должности), чел.	12,38	12,07	13,23	14,07	13,29	13,21	11,62	12,08	9,65
Изменения к 2016 г, %	-10,3	-16,9	-20,7	-9,7	-21,3	-16,4	-15,6	-9,9	-13,1
Количество врачей (физические лица), человек	12,70	12,75	13,52	12,95	13,92	13,72	11,55	12,71	9,10
Изменения к 2016 г, %	3,5	-8,6	-13,9	-14,1	-13,3	-11,8	-13,4	-3,9	-8,0
Аппараты УЗИ, единиц	0,72	1,54	1,07	1,35	1,02	1,58	0,73	0,85	0,70
Изменения к 2016 г, %	-16,5	-4,3	8,8	1,8	-8,1	-25,3	-52,3	-2,6	-18,9
Маммографические аппараты, единиц	0,26	0,23	0,07	0,15	0,10	0,15	0,22	0,13	0,15
Изменения к 2016 г, %	-1,3	-0,8	1,6	1,8	101,3	3,6	0,2	-2,6	-1,5
Рентгеновские аппараты, единиц	1,24	1,08	1,00	1,42	1,51	1,22	1,45	0,72	0,90
Изменения к 2016 г, %	-10,7	-5,8	-16,4	-3,3	4,0	3,6	-19,8	-8,3	-6,7
Электрокардиографы, единиц	1,37	2,11	2,79	2,69	2,63	2,24	2,32	1,12	2,39
Изменения к 2016 г, %	-1,3	4,9	147,6	92,9	18,1	14,0	6,9	21,8	18,2

Источник: составлено автором.

При расчете значений показателей используется информация, предоставляемая медицинскими организациями и данные, содержащиеся в ЕМИАС (блок «Оснащение медицинских организаций медицинским оборудованием»).

Данные представленные в таблице свидетельствуют о том, что в условиях единых правил финансирования между медицинскими организациями существует разница в расчете доходов на человека. Аналогичные отличия отмечаются и при анализе обеспечения прикрепленного населения врачами и медицинским оборудованием, что может отражаться на доступности граждан к медицинской помощи.

Например, обеспеченность врачами (физические лица) отличается в 1,5 раза (МО5 – 13,9 врача на 10 тыс. населения и МО9 – 9,1 врача на 10 тысяч населения), диагностическими системами УЗИ – в 2,2 раза (МО2 – 1,54 единиц 10 тыс. населения и МО9 – 0,7 единиц 10 тыс. населения), рентгеновскими аппаратами - в 2,1 раза (МО5 – 1,51 единиц 10 тыс. населения и МО8 – 0,72 единиц 10 тыс. населения), электрокардиографами - в 2,5 раза (МО3 – 2,79 единиц 10 тыс. населения и МО8 – 1,12 единиц 10 тыс. населения).

Представленные выше данные позволяют сформировать блок оценки достаточности ресурсов (ОДР). С учетом полученного результата в ходе исследования осуществлен сбор и обработка данных медицинских организаций за 2018 год, которые позволили провести оценку эффективности использования ресурсов на основе предложенного «Дерева вопросов» и разработанных на его основе показателей оценки.

### **6.2.2 Формирование оценок эффективности использования ресурсов (ОЭИР, ОПИР, ОРИР)**

Для каждого показателя, сформулированного на основе «Дерева вопросов» рассчитывается балльная оценка, что позволяет сравнивать деятельность медицинской организации по факторам эффективности или по каждому направлению эффективности деятельности: экономичность (ОЭИР), производительность (ОПИР) и результативность (ОРИР).

В настоящем исследовании не преследовалась цель создания точного и объективного метода расчета балльной оценки - главное было указать методологический подход и единый порядок расчета, необходимые для проведения полноценного аудита эффективности. В расчете использовался нормативный критерий оценки, или максимальное/минимальное значение показателя среди исследуемых медицинских организаций (критерий оценки в зависимости от направления наилучшего значения эффективности).

Балльная оценка (далее – БО) рассчитывалась по формуле (1)

$$BO = X*(1-F/Y), \quad (1)$$

если критерий оценки указывает, что чем меньше значение F, тем лучше, или по формуле (2)

$$BO = X*(F/Y), \quad (2)$$

если критерий оценки указывает, что чем больше значение F, тем лучше, где X – вес показателя, который устанавливается индивидуально в каждой группе показателей (факторе эффективности) и равен от 0,10 до 0,40, зависит от количества показателей в группе и ее значения для оценки эффективности;

F – значение показателя и Y – значение нормативного критерия оценки.

Экономичность. Качество управления ресурсами.

Представленные в таблице 84 результаты, показывают, что в группе, характеризующей качество формирования и реализации Плана ФХД (ДВ - 1.1.1), существуют различия между итоговыми балльными оценками.

Таблица 84 – Балльные оценки по фактору эффективности - качество формирования и реализации Плана ФХД

ДВ <sup>1</sup>	МО1	МО2	МО3	МО4	МО5	МО6	МО7	МО8	МО9
1.1.1.1	Отклонение объема фактических поступлений (доходов) от утвержденного значения в первоначальном Плана ФХД								
БО <sup>2</sup>	0,01	0,07	0,07	0,08	0,09	0,02	0,08	0,03	0,09
1.1.1.2	Отношение доходов учреждения к расходам учреждения								
БО	0,21	0,21	0,20	0,22	0,21	0,20	0,22	0,21	0,24
1.1.1.3	Отклонение объема фактических расходов (выбытие) от утвержденного значения в первоначальном Плана ФХД								
БО	0,15	0,11	0,17	0,20	0,13	0,18	0,16	0,17	0,01
ИБО <sup>3</sup>	0,36	0,39	0,44	0,49	0,43	0,40	0,45	0,42	0,34
Примечания									
1 ДВ – Номер показателя в соответствии с «Деревом вопросов»									
2 БО – Балльная оценка									
3 ИБО – Итоговая балльная оценка по фактору эффективности									

Источник: составлено автором.

При этом можно отметить, что планирование доходов у всех медицинских организаций находится на высоком уровне и не превышает рекомендованный критерии оценки - 15%. В то время как отклонения по расходам между фактическими и плановыми расходами у некоторых МО превышает рекомендованный критерий оценки - 15%, что отражается на балльной оценке.

В таблице 85 представлены расчетные данные значений балльных оценок по фактору эффективности - качество формирования и использования фонда оплаты труда (ДВ - 1.1.2). По результатам анализа данных можно отметить, что в основном медицинским организациям удалось выполнить требования нормативного критерия оценки, основанного на Указе Президента Российской Федерации [10] и обеспечить медицинскому персоналу соответствующий уровень среднемесячной заработной платы. При этом в организациях, которые успешно выполнили это требование не самые высокие значения показателей, характеризующих удельный вес ФОТ и долю в нем ФОТ медицинского персонала (МО6, МО7 и МО9).

Сравнение с данными из таблицы 80 показывает, что именно в МО7 и МО9 самая низкая обеспеченность врачами на 10 тыс. прикрепленного населения, что позволяет оплачивать медицинскому персоналу высокую заработную плату.

Таблица 85 – Балльные оценки по фактору эффективности - качество формирования и использования фонда оплаты труда

ДВ	МО1	МО2	МО3	МО4	МО5	МО6	МО7	МО8	МО9
1.1.2.1	Удельный вес фонда оплаты труда (ФОТ) в общем объеме расходов, %								
БО	0,20	0,22	0,21	0,21	0,22	0,21	0,20	0,22	0,21
1.1.2.2	Удельный вес фонда оплаты труда основного (медицинского) персонала в общем объеме расходов на ФОТ								
БО	0,20	0,20	0,21	0,20	0,21	0,20	0,20	0,20	0,20
1.1.2.3	Отношение уровня средней месячной заработной платы врача к средней месячной заработной плате по региону в сфере экономики (УСЗПВ)								
БО	0,23	0,23	0,23	0,20	0,23	0,24	0,26	0,22	0,30
1.1.2.3а	Отношение уровня средней месячной заработной платы среднего медицинского персонала к средней месячной заработной плате по региону в сфере экономики (УСЗПВ)								
БО	0,23	0,25	0,22	0,20	0,22	0,27	0,23	0,23	0,28
ИБО	0,86	0,90	0,87	0,82	0,87	0,93	0,89	0,87	0,99

Источник: составлено автором.

В таблице 86 представлены расчетные данные балльных оценок фактору эффективности - качество организации и проведения закупок (ДВ - 1.1.3).

Таблица 86 – Балльные оценки по фактору эффективности - качество организации и проведения закупок

ДВ	МО1	МО2	МО3	МО4	МО5	МО6	МО7	МО8	МО9
1.1.3.2	Удельный вес суммы закупок, осуществленных у единственного поставщика, %								
БО	0,08	0,10	0,10	0,09	0,20	0,16	0,08	0,00	0,10
1.1.3.3 а	Среднее количество заявок на 1 лот по конкурентным процедурам закупок (самостоятельные торги)								
БО	0,17	0,18	0,20	0,23	0,16	0,10	0,12	0,18	0,20
1.1.3.3 б	Доля конкурентных процедур, по которым представлены обоснованные жалобы, в общем объеме конкурентных процедур								
БО	0,01	0,10	0,00	0,08	0,10	0,10	0,05	0,10	0,07
ИБО	0,26	0,38	0,30	0,40	0,46	0,36	0,25	0,27	0,37

Источник: составлено автором.

В расчете балльной оценки учтены только те показатели, значения которых получены достоверным путем и могут служить аудиторскими доказательствами.

Разброс балльных оценок в группе показателей, характеризующих качество организации и проведения закупок, составляет до 60%.

Интерес представляет качество организация и проведения торгов МО8, у которой самый большой удельный вес суммы закупок, осуществленных у единственного поставщика, достаточно высокое среднее количество заявок на 1 лот по конкурентным процедурам закупок и отсутствуют конкурентные процедуры, по которым представлены обоснованные жалобы.

Отсутствие обоснованных жалоб по конкурентным процедурам позволили медицинским организациям набрать максимально высокую балльную оценку. МО1 и МО7 превысили значение рекомендованного нормативного критерия оценки показателя.

В ходе исследования не удалось рассчитать долю экономии финансовых средств по результатам проведения торгов, так как для этого требуется получение данных непосредственно из медицинской организации. Получение информации для расчета показателя с портала [zakupki.gov.ru](http://zakupki.gov.ru) является сложным и трудоемким для процесса проведения аудита.

В таблице 87 представлены расчетные данные балльных оценок фактору эффективности - качество планирования расходов, их структуры и реализации (ДВ - 1.1.4.).

Высокие значения кредиторской задолженности отмечены в МО4, МО5 и МО7, а в МО2 и МО7 высокое значение удельного веса немедицинских расходов, что является основной причиной низкой балльной оценки по данному фактору эффективности у МО7.

Таблица 87 – Балльные оценки по фактору эффективности - качество планирования расходов, их структуры и реализации

ДВ	МО1	МО2	МО3	МО4	МО5	МО6	МО7	МО8	МО9
1.1.4.1 а	Удельный вес текущей кредиторской задолженности в балансовой стоимости активов								
БО	0,09	0,09	0,10	0,01	0,00	0,05	0,00	0,09	0,10
1.1.4.2	Доля расходов на содержание имущества (включая техническое обслуживание медицинского оборудования) в общем объеме расходов								
БО	0,01	0,08	0,07	0,07	0,08	0,07	0,05	0,08	0,05
1.1.4.3	Удельный вес немедицинских расходов в общем объеме расходов								
БО	0,14	0,03	0,04	0,15	0,07	0,04	0,02	0,14	0,05
ИБО	0,24	0,20	0,21	0,22	0,15	0,17	0,07	0,31	0,20

Источник: составлено автором.

Если сопоставить данные из таблицы 87 с оценкой доли ФОТ, то можно обнаружить, что в МО7 практически самая низкая доля ФОТ медицинского персонала. Это в свою очередь означает, что в МО7 достаточно высокий ФОТ административно-управленческого персонала, что и отражается на уровне немедицинских расходов медицинской организации.

Оценка качества управления материально-техническими ресурсами при осуществлении аудита эффективности удаленным способом затруднительна. Существующая в городе Москве подсистема ЕМИАС («Оснащение медицинских организаций медицинским оборудованием») позволяет увидеть полный перечень медицинского оборудования, его технические параметры и рабочее состояние в режиме on-line, но не все показатели, предложенные в рамках исследования, могут быть рассчитаны с помощью этой системы.

Подробный анализ данных подсистемы ЕМИАС позволяет сформулировать показатели, характеризующие эффективность использования материально-технических ресурсов медицинской организации и оценить работоспособность медицинского оборудования в целях оказания гражданам медицинской помощи. Фрагмент данных, анализируемых с помощью подсистемы ЕМИАС, представлен на рисунке 25.

Редактировать										
Фильтры										
Поиск по ID										
Идентификатор производителя модели										
Поиск по идентификатору										
± Проект Согласование Актив Списано Не актив										
ID	Инвентарный номер	Заводской номер	Наименование по виду	Наименование производителя	Наименование модели	Количество комплектующих	Страна происхождения	Год выпуска	Дата ввода в эксплуатацию	
[+]	456685	410124-000047	5436	Система холтеровского мониторинга ЭКГ	ООО "Фирма Астел"	КАРДИО-Астел	1	Россия	2018	21.11.20
[+]	456697	410124-000048	5512	Система холтеровского мониторинга ЭКГ	ООО "Фирма Астел"	КАРДИО-Астел	1	Россия	2018	21.11.20
[+]	456700	410124-000049	5515	Система холтеровского мониторинга ЭКГ	ООО "Фирма Астел"	КАРДИО-Астел	1	Россия	2018	21.11.20
	498481	210134-2-7-1370373	4434	Ультрафиолетовая камера	Ферропласт Медикал	КБ-16-«Я-ФП»-02		Россия	2009	09.03.20
	498661	0-2961	б/н	Авторефрактометр	Dong Yang	Prestige ORK		Корея, республика	2012	12.12.20
[+]	498688	0-2929	б/н	Маммограф	Fujifilm	Amulet	1	Япония	2012	08.05.20
	498793	410124-19	б/н	Массажное оборудование	ЗАО "Химко"	Пневмомассажер ПМ-01		Россия	2014	02.02.20
К	498811	4210124000028	1506019	Регистратор длительного мониторинга АД носимый	Медиком	МД-01 "ДОН"		Россия	2011	09.08.20
	499384	410124-36	б/н	Аппарат для магнитотерапии	ASA	EASY Terza Serie		Италия	2014	02.08.20

Источник: подготовлено автором.

Рисунок 25 – Фрагмент подсистемы ЕМИАС «Оснащение медицинских организаций медицинским оборудованием»

Данные ЕМИАС позволяют оценить выполнение требования по организации учета медицинского оборудования, так как в перечень основных средств внесены сведения из раздела «Бюджетный учет». Качество оснащения медицинским оборудованием может быть оценено исходя из технических характеристик, включенного в перечень медицинского оборудования, года его приобретения и рабочего состояния. Однако, ответ по наличию в медицинской организации планов по обновлению парка медицинского оборудования и его реализации, можно получить только на основе работы с документами при проведении аудита в медицинской организации.

В таблице 88 представлены значения и балльные оценки показателей, которые характеризуют качество управления материально-техническими ресурсами в части медицинского оборудования.

Для исследования выбрана группа оборудования, которое обеспечивает визуализацию (получение изображения), а именно, ультразвуковые диагностические системы и рентгеновское оборудование, включая компьютерные и магнитно-резонансные томографы (ДВ - 1.2.1).



Таблица 88 – Балльные оценки по фактору эффективности - качество планирования и обеспечения организации медицинским оборудованием

ДВ	МО1	МО2	МО3	МО4	МО5	МО6	МО7	МО8	МО9
1.2.1.1	Доля медицинского оборудования, занесенного в «Бюджетный учет» (соблюдение требований по организации учета основных средств)								
БО	0,10	0,13	0,15	0,14	0,15	0,15	0,16	0,15	0,12
1.2.1.2	Доля медицинского оборудования с износом 100% (качество оснащения МО современным медицинским оборудованием)								
БО	0,00	0,14	0,17	0,01	0,06	0,14	0,12	0,12	0,14
1.2.1.3	Доля нового медицинского оборудования, поступившего в медицинскую организацию за последние 3 года (выполнение плана модернизации)								
БО	0,30	0,22	1,20	1,04	1,09	0,67	1,20	1,08	0,00
ИБО	0,40	0,49	1,52	1,20	1,30	0,97	1,47	1,35	0,26

Источник: составлено автором.

Анализ представленных данных позволяет выделить МО1, как организацию, в которой недостаточно хорошо организована работа по учету медицинского оборудования в ЕМИАС. В МО1 самая высокая доля медицинского оборудования с износом 100% и достаточно низкая доля нового оборудования. Успешно реализуется программа модернизации медицинского оборудования в МО3, которая в результате набрала самую высокую балльную оценку в этой группе показателей.

Для оценки доли медицинского оборудования, включенного в контракт на техническое (метрологическое) обслуживание, не учитывается медицинское оборудование, находящееся на гарантийном обслуживании, поэтому перечни учета основных средств и контрактов на техническое обслуживание (метрологическое) отличаются.

В таблице 89 представлены балльные оценки показателей, которые характеризуют качество процесса подготовки медицинского оборудования к использованию для повышения его работоспособности (ДВ - 1.2.2.).

Таблица 89 – Балльные оценки по фактору эффективности - качество процесса подготовки медицинского оборудования к использованию для повышения его работоспособности

ДВ	МО1	МО2	МО3	МО4	МО5	МО6	МО7	МО8	МО9
1.2.2.1	Доля медицинского оборудования, включенного в контракт на техническое обслуживание								
БО	0,28	0,26	0,28	0,25	0,28	0,28	0,26	0,27	0,28
1.2.2.2	Доля медицинского оборудования, находящегося в исправном состоянии								
БО	0,31	0,26	0,30	0,29	0,27	0,29	0,29	0,28	0,25
ИБО	0,59	0,52	0,58	0,54	0,54	0,57	0,55	0,55	0,53

Источник: составлено автором.

В целях упрощения расчетов, из общего перечня оборудования, для примера, выбраны только ультразвуковые диагностические системы и рентгеновское оборудование. Ограничение выбора связано с трудоемкостью удаленного сбора и обработки данных.

Расчетные значения, получены в результате обработки данных из ЕМИАС (медицинское оборудование), при этом затруднен учет простоев медицинского оборудования, так как отсутствует классификация простоев. Отсутствие надлежащего контроля за работой медицинского оборудования ограничивает возможности анализа и управления процессом его использования, что в конечном итоге сказывается на доступности граждан к инструментальным исследованиям и своевременности оказания медицинской помощи.

Наличие материальных запасов в достаточном количестве и нужного ассортимента оказывает влияние на работоспособность медицинской организации, доступность и качество оказания гражданам медицинской помощи. Оценка достаточности возможна в процессе очного аудита. Поэтому для целей удаленного аудита использовался показатель доли материальных запасов в общем балансе медицинской организации на конец года. Оценить долю несвоевременного обеспечения материальными запасами в достаточном количестве и нужного ассортимента в рамках удаленного аудита возможно только на основании данных медицинской организации.

В ходе исследования проведены интервью с ответственными лицами медицинских организаций и установлено, что существуют управляемые и неуправляемые процессы, которые могут повлиять на наличие сверхлимитных материальных запасов или несвоевременное их пополнение в процессе лечения пациентов, т.е. лекарственными препаратами, расходными материалами, медицинскими одноразовыми изделиями и др.

К неуправляемым процессам следует отнести изменения в нормативных правовых актах или решения о реорганизации (объединение медицинских организаций, ремонт и пр.), чрезвычайные ситуации, которые на некоторое время ограничивают движение материальных запасов или наоборот ускоряют их, что в конечном итоге сказывается на конечном результате.

В структуре управления ресурсами, управление кадровыми ресурсами в амбулаторно-поликлинических учреждениях является особенно важным, так как они потребляют более 85% от общего объема финансовых ресурсов медицинской организации и оказывает непосредственное влияние на доступность и качество медицинской помощи, удовлетворенность населения и достижение целевых медико-демографических показателей. В таблице 90 представлены балльные оценки показателей, которые характеризуют качество формирования кадрового состава медицинской организации (ДВ - 1.3.1.).

Таблица 90 – Балльные оценки по фактору эффективности – качество формирования кадрового состава

ДВ	МО1	МО2	МО3	МО4	МО5	МО6	МО7	МО8	МО9
1.3.1.1	Укомплектованность штатных должностей основного персонала (врачи) занятыми должностями								
БО	0,22	0,24	0,23	0,24	0,26	0,23	0,23	0,24	0,20
1.3.1.2	Обеспеченность физическими лицами занятых должностей (врачи)								
БО	0,33	0,34	0,33	0,29	0,33	0,33	0,32	0,34	0,30
1.3.1.3	Кадровая текучесть основного персонала (врачи/СМП)								
БО	0,03	0,03	0,03	0,00	0,03	0,04	0,02	0,04	0,02
ИБО	0,58	0,61	0,59	0,53	0,62	0,60	0,57	0,62	0,52

Источник: составлено автором.

Анализ данных, представленных в таблицу 90 показывает, что только в одной медицинской организации МО4 не выполнен рекомендуемый нормативный критерий по кадровой текучести основного персонала. Обращает внимание также факт, что обеспеченность физическими лицами занятых штатных должностей врачей в большинстве медицинских организаций, за исключением МО4, МО7 и МО9 составляет свыше 100%. Это свидетельствует о наличии внешних совмещений и работе медицинского персонала не на полной ставке.

В таблице 91 представлены балльные оценки показателей, которые характеризуют качество перспективного обеспечения кадрового состава (ДВ - 1.3.2.).

Таблица 91 – Балльные оценки по фактору эффективности – качество перспективного обеспечения кадрового состава

ДВ	МО1	МО2	МО3	МО4	МО5	МО6	МО7	МО8	МО9
1.3.2.1	Доля врачей в возрасте 50 лет и младше в среднесписочной численности врачей								
БО	0,27	0,23	0,25	0,24	0,20	0,21	0,24	0,23	0,27
1.3.2.3	Доля врачей, имеющих высшую/первую квалификационную категорию (КК)								
БО	0,19	0,33	0,38	0,29	0,41	0,33	0,35	0,26	0,24
ИБО	0,46	0,56	0,63	0,53	0,61	0,55	0,60	0,49	0,51

Источник: составлено автором.

Фактор эффективности, характеризующий кадровый состав медицинской организации свидетельствует о наличии проблем в связи с отсутствием квалификационной категории (КК) у большинства врачей, которые могут быть не заинтересованы в повышении своей КК.

Низкий уровень доли врачей с квалификационной категорией может свидетельствовать об отсутствии у врачей, например, материальной мотивации, чтобы стремиться к получению квалификационной категории. В Москве введено звание «Московский врач», для получения которого требуется высокая профессиональная подготовка. Получение звания отражается на значительном материальном вознаграждении, что мотивирует врачей к получению звания «Московский врач».

Само по себе наличие у врачей квалификационной категории не отражается на имидже медицинской организации, финансовая мотивация незначительная и это снижает заинтересованность врачей в ее получении.

На рисунке 92 представлен общий свод балльных оценок по направлению экономичность, позволяющий рассчитать оценку экономичности использования ресурсов (ОЭИР).

Таблица 92 – Итоговые балльные оценки по направлению экономичность (ОЭИР) – качество управления ресурсами (ДВ - 1.1-1.3)

В баллах

ДВ	МО1	МО2	МО3	МО4	МО5	МО6	МО7	МО8	МО9
1.1.1	0,36	0,39	0,44	0,49	0,43	0,40	0,45	0,42	0,34
1.1.2	0,86	0,90	0,87	0,82	0,87	0,93	0,89	0,87	0,99
1.1.3	0,26	0,38	0,30	0,40	0,46	0,36	0,25	0,27	0,37
1.1.4	0,24	0,20	0,21	0,22	0,15	0,17	0,07	0,31	0,20
<b>Э-1.1</b>	<b>1,73</b>	<b>1,87</b>	<b>1,82</b>	<b>1,93</b>	<b>1,91</b>	<b>1,86</b>	<b>1,67</b>	<b>1,87</b>	<b>1,90</b>
1.2.1	0,40	0,49	1,52	1,20	1,30	0,97	1,47	1,35	0,26
1.2.2	0,59	0,52	0,58	0,54	0,54	0,57	0,55	0,55	0,53
<b>Э-1.2</b>	<b>0,99</b>	<b>1,01</b>	<b>2,09</b>	<b>1,74</b>	<b>1,85</b>	<b>1,53</b>	<b>2,02</b>	<b>1,90</b>	<b>0,79</b>
1.3.1	0,58	0,61	0,59	0,53	0,62	0,60	0,57	0,62	0,52
1.3.2	0,46	0,56	0,63	0,53	0,61	0,55	0,60	0,49	0,51
<b>Э-1.3</b>	<b>1,05</b>	<b>1,16</b>	<b>1,21</b>	<b>1,07</b>	<b>1,23</b>	<b>1,14</b>	<b>1,17</b>	<b>1,11</b>	<b>1,04</b>
<b>ОЭИР</b>	<b>3,76</b>	<b>4,04</b>	<b>5,13</b>	<b>4,73</b>	<b>4,99</b>	<b>4,53</b>	<b>4,86</b>	<b>4,88</b>	<b>3,72</b>

Источник: составлено автором.

Итоговое распределение балльных оценок указывает на то, что по направлению экономичность наиболее качественно управляют ресурсами в МО3 и МО5. Недостаточно эффективно в МО1 и МО9.

Качество управления ресурсами частично влияет на продуктивность (производительность) деятельности медицинской организации, которая понимается в данном исследовании, как уровень обеспечения доступности граждан к медицинской помощи.

С учетом того, что по отдельным показателям в рамках удаленного аудита не удалось собрать первичные данные, то итоговые балльные оценки по направлению экономичность (ОЭИР) при полноценном аудите могут быть скорректированы.

### **Продуктивность/Доступность медицинской помощи**

Оценка доступности для граждан медицинской помощи (ОПИР) основывается в основном на данных ЕМИАС и формах ФСН № 30. Для исследования выбраны наиболее значимые по объему оказания медицинской помощи направления (прием врачей-терапевтов/ВОП – более 85,0% от общего количества приемов, ультразвуковые исследования, часто востребованные у пациентов, что позволяет достаточно объективно оценивать качество работы медицинской организации по обеспечению максимальной доступности граждан к медицинской помощи. В таблице 93 представлены балльные оценки показателей, которые характеризуют качество процессов организации доступности населения к врачу (ДВ - 2.1.).

Таблица 93 – Балльные оценки по фактору эффективности – качество организации доступности населения к врачу

ДВ	МО1	МО2	МО3	МО4	МО5	МО6	МО7	МО8	МО9
2.1.1	Доля граждан необеспеченных записью к врачу в утвержденные ТПГГ комфортные и допустимые сроки по самозаписи								
БО	0,17	0,11	0,08	0,01	0,04	0,15	0,17	0,18	0,14
2.1.2	Доля состоявшихся приемов со временем ожидания гражданами приема врача свыше 20 минут								
БО	0,03	0,07	0,09	0,06	0,05	0,12	0,03	0,00	0,12
2.1.3	Доля граждан с недопустимым временем ожидания приема дежурного врача (свыше 60 мин)								
БО	0,11	0,13	0,14	0,01	0,00	0,05	0,01	0,10	0,14
2.1.3а	Доля состоявшихся приемов дежурного врача от количества граждан, зарегистрированных в электронной очереди								
БО	0,21	0,22	0,22	0,22	0,22	0,22	0,21	0,20	0,22
ИБО	0,53	0,53	0,53	0,31	0,30	0,53	0,42	0,48	0,62

Источник: составлено автором.

Фактор эффективности, характеризующий организацию и доступность приема врача, свидетельствует о наличии проблем в МО4, МО5 и МО3, так как в этих организациях отмечается высокая доля граждан необеспеченных записью к врачу в комфортные и допустимые сроки по самозаписи.

Это может породить увеличение нагрузки на дежурного врача, что наблюдается в МО4 и МО5, в которых самое высокое значение показателя доли ожидания приема дежурного врача свыше 60 минут. В таблице 94 представлены балльные оценки показателей, которые характеризуют доступность населения к ультразвуковым диагностическим исследованиям (ДВ - 2.2.).

Таблица 94 – Балльные оценки по фактору эффективности – качество организации доступности населения к диагностическим (лабораторным и инструментальным) исследованиям

ДВ	МО1	МО2	МО3	МО4	МО5	МО6	МО7	МО8	МО9
2.2.1	Доля граждан, которые ожидали диагностическое исследование (УЗИ) не более 10 дней								
БО	0,11	0,15	0,17	0,10	0,13	0,17	0,14	0,17	0,18
2.2.1a	Доля граждан, которые ожидали диагностическое исследование (УЗИ) не более 7 дней								
БО	0,23	0,36	0,45	0,20	0,29	0,40	0,31	0,25	0,46
2.2.2	Доля граждан, которые ожидали диагностическое исследование (УЗИ) не более 2 дней								
БО	0,50	0,75	0,64	0,35	0,39	0,95	0,65	0,20	0,85
ИБО	0,84	1,26	1,25	0,65	0,80	1,52	1,10	0,62	1,49

Источник: составлено автором.

В таблице 94 представлены результаты анализа доступности населения к врачам ультразвуковой диагностики для проведения инструментальных исследований. Результаты показывают, что максимальное количество баллов получили МО6 и МО9 – по 1,52 и 1,49 баллов соответственно. В этих медицинских организациях особенно высокая доля граждан, которые ожидали диагностическое исследование не более 2 дней и не более 7 дней. МО3 также входит в группу медицинских организаций, в которых сроки ожидания УЗИ исследования не более 7 дней составляет около 90%.

Однако, высокие значения показателя оказания медицинской диагностической услуги в течение 7 или 2 дней не означает удовлетворения потребности населения в этих услугах. Система ЕМИАС блокирует врачам

возможность записи пациента на исследование в сроки свыше 10-14 дней, что создает некорректное восприятие данных показателей.

Сопоставление количества УЗИ сделанных на одну тысячу прикрепленного населения в разных медицинских организациях показали, что, например, в МО9 это значение равно 227,2. В МО5 «Доля граждан, которые ожидали диагностическое исследование (УЗИ) не более 10 дней» составляет 70,4%, а количество УЗИ сделанных на одну тысячу прикрепленного населения равно 325,9. Спрос и предложение на УЗИ может быть несбалансированным, что вызывает потребность во внесении дополнительных корректирующих коэффициентов в балльную оценку.

Для полного анализа и оценки доступности граждан к диагностическим исследованиям необходимы данные о количестве граждан, которые провели диагностическое (лабораторное и инструментальное) исследование за собственные средства. Анкетирование врачей показало, что имеют место случаи невозможности записать пациента на исследование в срок до 10 дней. Дополнительным источником аудиторских доказательств в этом случае являются результаты социологического опроса граждан.

Оценка организации лекарственного обеспечения граждан проводится в рамках аудита, проводимого непосредственно в медицинской организации, так как удаленный доступ к данным отсутствует. Кроме того, значение показателя о доли пациентов, не обеспеченных лекарственными препаратами в течение 5 дней от даты выписки рецепта, должно быть подтверждено результатами социологического опроса граждан.

Важным моментом оценки является сравнение значения показателя «Доля граждан льготных категорий (федеральных), которые не отказались от бесплатного лекарственного обеспечения» с данными реестра граждан, имеющих право на льготное (бесплатное или 50%) лекарственное обеспечение. Следует учитывать, что сохраняется тенденция отказа некоторых граждан от льгот на федеральном уровне в пользу денежной компенсации, получая при этом бесплатно лекарственные препараты за счет региональной льготы.

Оценка качества организации медицинской помощи на дому, характеризуется ее доступностью для граждан в части возможности вызова врача на дом, реализации данного вызова и его результатов.

В формах федеральной статистической отчетности представлена информация об общем количестве посещений врача на дому. Отсутствует информация о том, какое количество врачей задействовано в работе с гражданами на дому и в каком режиме, что затрудняет оценку нагрузки на врачей, ее результатов и стоимости услуги.

В медицинских организациях города Москвы врачи, которые оказывают медицинскую помощь на дому, в основном выделены в отдельную группу на определенный период времени (от нескольких месяцев до полугода) и специализируется только на оказании медицинской помощи на дому, независимо от принадлежности гражданина к терапевтическому участку.

Анализ количества посещений на дому, приходящихся в среднем на одного врача терапевта/ВОП в год (П/Вр) и количество посещений на дому в течение года в пересчете на тысячу прикрепленного населения (П/ПН), сделанный на основе данных формы ФСН № 30 показывает различия в нагрузке на медицинский персонал в разных медицинских организациях.

Значения показателей П/Вр и П/ПН показывают, что наиболее высокая нагрузка у врачей в МО9 (964 посещения на одного врача) и в МО6 (881 посещение на одного врача), что представлено в таблице 95. Эти же медицинские организации являются лидерами и по количеству посещений, в пересчете на тысячу прикрепленного населения.

Таблица 95 – Данные об оказании гражданам медицинской помощи на дому

Количество посещений								
МО1	МО2	МО3	МО4	МО5	МО6	МО7	МО8	МО9
КП/Д – Среднее количество посещений на дому всеми врачами терапевтами/ВОП в день, без учета выходного дня, воскресенья (всего 312 дней)								
163,8	84,9	77,9	77,9	151,3	305,0	49,3	134,2	250,3
П/Вр - Количество посещений на дому, приходящихся в среднем на одного врача терапевта/ВОП в год								
594,3	294,3	296,3	319,7	406,9	881,0	226,1	292,8	964,0
П/ПН - количество посещений на дому в течение года в пересчете на тысячу прикрепленного населения								
332,9	150,7	173,8	181,9	229,8	485,3	111,7	187,3	388,3

Источник: составлено автором по материалам [258; 259].

Данный вид медицинской помощи требует значительных финансовых ресурсов, выделяемых на обеспечение медицинского персонала в рамках действующего подушевого норматива на прикрепленное население.



Сравнение данных о количестве посещений на дому между МО6 и МО7 по количеству посещений пациентов на дому в день всеми врачами (305 и 49,3 – соответственно), показывает, что при сопоставимых общих объемах расходов в этих медицинских организациях, показатель доли расходов на оказание медицинской помощи на дому в МО6 значительно превышает значение аналогичного показателя в МО7.

Расчет значения данного показателя требует дополнительных данных о стоимости оказания медицинской помощи на дому. Тарифы ОМС на оказание медицинской помощи на дому зависят от наименования услуги (Прием врача-терапевта участкового лечебно-диагностический, первичный, на дому или Прием врача-терапевта участкового профилактический, на дому и др.) и могут составлять от 140 до 250 рублей за визит.

Исходя из количества посещений на дому, можно рассчитать общую стоимость расходов медицинской организации на оказание медицинской помощи на дому в соответствии со средним тарифом в 200,0 рублей за посещение.

В случае применения косвенного расчета, исходя только из средней месячной заработной платы врача (СМЗП врача), которая составляет 160,0 тыс. рублей с начислениями и численности врачей, которые обеспечивают оказание медицинской помощи на дому в течение года, то можно рассчитать стоимость оказания медицинской помощи на дому и ее долю в общих расходах медицинской организации. В таблице 96 представлены данные о результатах расчета.

Таблица 96 – Доля стоимости медицинской помощи на дому в общих расходах медицинской организации, рассчитанная на основе среднего тарифа ОМС и на основе размера среднемесячной заработной платы врача

Наименование	В процентах								
	МО1	МО2	МО3	МО4	МО5	МО6	МО7	МО8	МО9
Доля - тариф	1,2	0,5	0,6	0,7	0,9	1,5	0,4	0,7	1,6
Доля – СМЗП врача	2,9	1,3	1,5	1,6	2,1	3,7	0,9	1,7	3,9

Источник: составлено автором.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что в МО6 и МО9 самые высокие затраты на оказание медицинской помощи на дому. Но чтобы установить результативность (качество) этой помощи (улучшение, ухудшение состояния здоровья, вызов скорой/неотложной медицинской помощи, экстренная

госпитализация, смертность) необходимо владеть информацией о персонифицированном учете данных об оказании гражданам медицинской помощи.

Оценка доступности граждан к оказанию медицинской помощи в дневном стационаре во многом зависит от наличия ресурсов для ее оказания, прежде всего от наличия койко-мест, а результативность их использования оценивается для медицинской организации показателями, характеризующими среднее число дней использования койки, количество пациентов, пролеченных на одной койке и т.д. Критерием доступности медицинской помощи, согласно ТППГ Москвы, является «Доля расходов на оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров в общих расходах на реализацию ТППГ», значение которой установлено на уровне 4,6%.

Согласно данным форм ФСН № 62 «Сведения о ресурсном обеспечении и оказании медицинской помощи населению» доля расходов на оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров составила от 1,9% в МО9 до 9,5% в МО1. Среднее значение показателя по девяти исследуемым медицинским организациям составило 4,4%, что ниже утвержденного критерия доступности медицинской помощи. В таблице 97 представлены балльные оценки показателей, которые характеризуют качество организации доступности населения к лечению в условиях дневного стационара (ДВ - 2.5).

Таблица 97 – Балльные оценки по фактору эффективности – качество организации и доступности населения к лечению в условиях дневного стационара

ДВ	МО1	МО2	МО3	МО4	МО5	МО6	МО7	МО8	МО9
2.5.2	Среднее число дней использования койки в дневном стационаре								
БО	0,85	0,21	0,73	0,76	0,86	0,37	0,68	0,93	0,65
2.5.2а	Оборот койко-места в дневном стационаре								
БО	0,48	0,26	0,34	0,31	0,47	0,22	0,31	0,54	0,37
2.5.2б	Средняя длительность пребывания больного в дневном стационаре								
БО	0,19	0,09	0,24	0,27	0,20	0,19	0,24	0,19	0,20
ИБО	1,52	0,55	1,30	1,34	1,53	0,77	1,23	1,65	1,21

Источник: составлено автором.

Следует отметить, что включение расходов на содержание дневного стационара в подушевой тариф не мотивирует медицинские организации к использованию данного вида помощи. Дневной стационар — это дополнительные расходы медицинской организации на содержание коек и персонала, особенно в случае, если эти услуги недостаточно востребованы гражданами по медицинским показаниям. Представленные в таблице 97 результаты показывают, что наиболее

востребованным является дневной стационар в МО1 и МО8, где самое большое количество дней использования коек и высокая доля расходов на оказание медицинской помощи в дневном стационаре.

Оценка результатов использования ресурсов по направлению производительность, рассчитанная в баллах, представлена в таблице 98.

Таблица 98 – Итоговые балльные оценки по производительности (ДВ - 2.1-2.5)

В баллах

ДВ	МО1	МО2	МО3	МО4	МО5	МО6	МО7	МО8	МО9
2.1	0,53	0,53	0,53	0,31	0,30	0,53	0,42	0,48	0,62
2.2	0,84	1,26	1,25	0,65	0,80	1,52	1,10	0,62	1,49
2.5	1,52	0,55	1,30	1,34	1,53	0,77	1,23	1,65	1,21
<b>ОПИР</b>	<b>2,89</b>	<b>2,35</b>	<b>3,09</b>	<b>2,29</b>	<b>2,63</b>	<b>2,82</b>	<b>2,75</b>	<b>2,75</b>	<b>3,32</b>

Источник: составлено автором.

Оценку производительности использования ресурсов следует корректировать с учетом данных об обеспеченности медицинских организаций ресурсами и их использованием в расчете на численность прикрепленного населения (ОДР).

#### **Результативность/Качество медицинской помощи.**

В таблице 99 представлены балльные оценки показателей, которые характеризуют качество организации и проведения профилактических медицинских осмотров (ПМО) и диспансеризации населения (ДВ - 3.1).

Таблица 99 – Балльные оценки по фактору эффективности – качество организации и проведения ПМО и диспансеризации населения

ДВ	МО1	МО2	МО3	МО4	МО5	МО6	МО7	МО8	МО9
3.1.1	Доля граждан, посетивших МО в профилактических целях (ПМО, диспансеризация)								
БО	0,18	0,16	0,16	0,16	0,14	0,16	0,16	0,16	0,15
3.1.2	Охват населения диспансеризацией из числа подлежащих диспансеризации								
БО	0,21	0,21	0,21	0,21	0,21	0,21	0,20	0,21	0,21
3.1.4	Доля впервые выявленных заболеваний при прохождении гражданами профилактического медицинского осмотра, диспансеризации в общем объеме впервые выявленных заболеваний								
БО	1,24	0,49	0,23	0,41	2,18	1,09	0,83	1,05	0,15
ИБО	1,63	0,86	0,60	0,79	2,53	1,46	1,19	1,42	0,51

Источник: составлено автором.

Фактор эффективности профилактических медицинских осмотров и диспансеризации по результативности указывает на лучшие результаты в МО5, МО1 и МО6.

В таблице 100 представлены балльные оценки показателей, которые характеризуют качество организации оказания медицинской помощи гражданам, прикрепленным к медицинской организации (ДВ - 3.2).

Таблица 100 – Балльные оценки по фактору эффективности – качество организации оказания медицинской помощи гражданам, прикрепленным к медицинской организации

ДВ	МО1	МО2	МО3	МО4	МО5	МО6	МО7	МО8	МО9
3.2.1	Доля граждан посетивших медицинскую организацию не менее одного раза за отчетный период в общей численности прикрепленных граждан (уникальные пациенты)								
БО	0,25	0,25	0,25	0,26	0,24	0,20	0,22	0,25	0,27
3.2.2	Доля впервые выявленных неинфекционных заболеваний при обращении граждан в МО от общего количества выявленных неинфекционных заболеваний								
БО	0,22	0,21	0,27	0,24	0,16	0,16	0,19	0,16	0,19
3.2.3	Число вызовов скорой медицинской помощи (СМП) на 1 тыс. прикрепленного населения								
БО	0,17	0,07	0,04	0,00	0,07	0,17	0,18	0,07	0,02
3.2.4	Численность пациентов, госпитализированных по экстренным показаниям, на 100 тыс. прикрепленного населения								
БО	0,03	0,02	0,00	0,03	0,00	0,15	0,14	0,11	0,15
ИБО	0,67	0,55	0,56	0,53	0,46	0,68	0,73	0,59	0,62

Источник: составлено автором.

Данные о пациентах, у которых выявлено онкологическое заболевание, находятся в реестре больных и только через этот реестр можно установить принадлежность к поликлинике. Общие данные, представленные в форме ФСН № 7, показывают, что из общего числа выявленных в 2018 году злокачественных новообразований лишь 63,7% при выявлении имели I или II стадию заболевания, что несколько ниже нормативного значения показателя, характеризующего требования высококачественной диагностики заболевания и негативно влияет на медико-демографический показатель «Смертности от новообразований».

Доля случаев повторного обращения пациента в медицинскую организацию по поводу одного и того же заболевания может быть установлена только при изучении медицинских карт граждан, так как данные ЕМИАС могут только показать, что гражданин в короткий промежуток времени один или несколько раз обращался к врачу. Но данные ЕМИАС могут служить источником информации для проведения внутреннего контроля оказания медицинской помощи гражданину.

В таблице 101 представлены балльные оценки показателей, которые характеризуют качество оказания медицинской помощи гражданам, взятым под диспансерное наблюдение (ДВ - 3.3).

Таблица 101 – Балльные оценки по фактору эффективности – качество оказания медицинской помощи гражданам, взятым под диспансерное наблюдение

ДВ	МО1	МО2	МО3	МО4	МО5	МО6	МО7	МО8	МО9
3.3.1a	Доля заболеваний у граждан, с впервые в жизни установленным диагнозом, взятых под диспансерное наблюдение, из общего числа заболеваний граждан, находящихся под диспансерным наблюдением								
БО	0,71	0,35	0,33	0,33	0,46	0,25	0,44	0,23	0,22
3.3.2	Количество активных посещений на одного гражданина (в среднем), находящегося под диспансерным наблюдением, случаев								
БО	0,51	0,40	0,0	0,23	0,20	0,0	0,20	0,34	0,40
3.3.4	Доля вызовов скорой медицинской помощи к гражданам, находящимся под диспансерным наблюдением								
БО	0,12	0,04	0,20	0,20	0,03	0,18	0,00	0,03	0,13
ИБО	1,34	0,79	0,53	0,75	0,69	0,43	0,63	0,61	0,75

Источник: составлено автором.

Показатели, которые учтены в данном расчете не входят в формы статистической отчетности, поэтому рассчитать их значения возможно лишь при изучении медицинских документов непосредственно в медицинской организации или специальных мониторингов, организуемых региональным органом исполнительной власти в сфере здравоохранения. Например, можно установить по форме ФСН № 12 количество зарегистрированных заболеваний и количество случаев взятия граждан под диспансерное наблюдение, но у гражданина может больше одного заболевания и поэтому невозможно подсчитать движение пациентов и заболеваний одновременно.

Исследования показали, что в 2018 году по сравнению с предыдущим периодом выросла численность граждан, взятых под диспансерное наблюдение в большинстве медицинских организаций.

В таблице 102 представлены итоговые балльные оценки по направлению результативность. Представленные данные свидетельствуют, что самые высокие балльные оценки по направлению результативность отмечаются в МО5 и МО1, а самые низкие в МО3 и МО9.

Таблица 102 – Итоговые балльные оценки по результативности (ДВ - 3.1-3.3)

ДВ	В баллах								
	МО1	МО2	МО3	МО4	МО5	МО6	МО7	МО8	МО9
3.1	1,63	0,86	0,60	0,79	2,53	1,46	1,19	1,42	0,51
3.2	0,67	0,55	0,56	0,53	0,46	0,68	0,73	0,59	0,62
3.3	1,34	0,79	0,53	0,75	0,69	0,43	0,63	0,61	0,75
<b>ОРИР</b>	<b>3,65</b>	<b>2,20</b>	<b>1,68</b>	<b>2,07</b>	<b>3,68</b>	<b>2,57</b>	<b>2,55</b>	<b>2,61</b>	<b>1,89</b>

Источник: составлено автором.

В таблице 103 представлены итоговые балльные оценки по всем трем направлениям эффективности, что позволяет построить рейтинг общей эффективности использования имеющихся ресурсов.

Таблица 103 – Итоговые балльные оценки

МО	В баллах								
	МО1	МО2	МО3	МО4	МО5	МО6	МО7	МО8	МО9
ОЭИР	3,76	4,04	5,13	4,73	4,99	4,53	4,86	4,88	3,72
ОПИР	2,89	2,35	3,09	2,29	2,63	2,82	2,75	2,75	3,32
ОРИР	3,65	2,20	1,68	2,07	3,68	2,57	2,55	2,61	1,89
Итого	10,30	8,59	9,90	9,10	11,31	9,93	10,16	10,24	8,93

Источник: составлено автором.

Общая сумма балльных оценок позволяет оценить эффективность использования ресурсов медицинских организаций. Анализ результатов по каждому направлению показывает, что не всегда высокая эффективность по направлениям экономичность и производительность приводит к высокой результативности. В таблице 104 представлен итоговый рейтинг медицинских организаций с выделением каждого из направлений.

Таблица 104 – Итоговый рейтинг

МО	В баллах								
	Итого			Экономичность		Производительность		Результативность	
	ИБО	Место	Сумма мест	БО	Место	БО	Место	БО	Место
МО5	11,31	1	10	4,99	2	2,63	7	3,68	1
МО1	10,30	2	13	3,76	8	2,89	3	3,65	2
МО8	10,24	3	11	4,88	3	2,75	5	2,61	3
МО7	10,16	4	15	4,86	4	2,75	6	2,55	5
МО6	9,93	5	14	4,53	6	2,82	4	2,57	4
МО3	9,90	6	12	5,13	1	3,09	2	1,68	9
МО4	9,10	7	21	4,73	5	2,29	9	2,07	7
МО9	8,93	8	18	3,72	9	3,32	1	1,89	8
МО2	8,59	9	21	4,04	7	2,35	8	2,2	6

Источник: составлено автором.

Эффективность использования ресурсов является одним из факторов, влияющих на достижение медицинскими организациями целевых медико-демографических показателей.

На основе данных мониторинга Департамента здравоохранения города Москвы могут быть данные о смертности населения в привязке к медицинской организации, в которой обслуживались граждане. В мониторинге учитываются не все случаи смертности в городе Москве, а лишь данные смертности на дому, что составляет около 40% от общего количества случаев, так как не учитывается больничная смертность.

Следует также учесть, что в расчетах учитывается смертность только населения, которое по данным мониторинга прикреплено к исследуемой медицинской организации, а не общая смертность населения, проживающего в районе обслуживания амбулаторно-поликлинического учреждения, влияние которой, в зависимости от исследуемой медицинской организации, составляет от 1 до 7 процентов.

Наиболее достоверным показателем, который следует принять во внимание при данном исследовании, является показатель общей смертности населения. Общий средний показатель смертности от всех причин по Москве в 2018 году составил 970 человек на 100 тыс. населения.

В таблице 105 представлены результаты мониторинга о смертности граждан, прикрепленных к исследуемым медицинским организациям, выраженные в относительных числах в расчете на 100 тысяч населения, где за единицу принят минимальный показатель смертности.

Таблица 105 – Показатель смертности от всех причин

В относительных единицах								
МО1	МО2	МО3	МО4	МО5	МО6	МО7	МО8	МО9
2,32	2,16	2,63	2,32	1,92	1,88	1,0	2,07	3,13

Источник: составлено автором.

В рамках исследования изучены корреляционные связи между результатами, достигнутыми медицинскими организациями по показателям смертности и рейтинга балльных оценок.

Установлено, что итоговая балльная оценка имеет с показателем смертности отрицательную среднюю силу связи равную – 0,43, с направлением результативность коэффициент корреляции отрицательный и составляет – 0,37. Таким образом, отмечается наличие взаимосвязи между эффективностью управления ресурсами и одним из важнейших медико-демографических показателей.

Эффективное управление и использование ресурсов не означает, что их достаточно для достижения целевых значений медико-демографических показателей. Важным фактором оценки достаточности ресурсов (ОДР) является значение объема ресурсов по отношению к численности прикрепленного населения. Данные показатели позволяют определить насколько могут быть удовлетворены потребности населения в медицинской помощи в каждой медицинской организации и не влияют ли на производительность (доступность медицинской помощи) какие-то ограничения организационного характера.

В целях установления влияния объема ресурсов, с учетом численности прикрепленного населения, на показатель смертности, также изучены корреляционные связи с отдельными показателями достаточности ресурсов, рассчитанными на 10 тысяч населения. Результаты расчетов представлены в таблице 106.

Таблица 106 – Информация о корреляционных связях между показателями достаточности ресурсов и показателями смертности МО

Наименование	В единицах
	КК
Доходы, всего, тысяч рублей на человека	-0,28
Врачи, число физических лиц на 10 тыс. человек	-0,34
Аппараты УЗИ, единиц на 10 тыс. человек	-0,05
Маммографические аппараты, единиц на 10 тыс. человек	-0,30
Рентгеновские аппараты, единиц на 10 тыс. человек	-0,54

Источник: составлено автором.

Представленные в таблице 106 данные свидетельствуют о наличии между ними отрицательных корреляционных связей, а перевод значений ресурсных показателей в балльную оценку (ОДР) и ее сравнение с показателем смертности показывает наличие общей отрицательной корреляционной связи средней силы равной – 0,49.



Предложенные расчеты свидетельствуют о том, что на достижение целевых значений медико-демографических показателей влияет, как наличие ресурсов, так и эффективность их использования с оценкой по предложенной в исследовании методике.

Использование данного подхода к анализу деятельности медицинских организаций позволяет определять основные реперные точки, на которые следует обращать внимание для улучшения доступности и качества медицинской помощи для населения.

Дополнительно проведено исследование корреляционных связей между значениями показателя общей смертности на 100 тыс. населения и значениями отдельных показателей, из числа влияющих на доступность и качество медицинской помощи, улучшение которых может способствовать снижению показателей смертности.

Результаты корреляционных связей представлены в таблице 107.

Таблица 107 – Корреляционные связи показателя смертности с отдельными значениями показателей деятельности медицинских организаций

№	Наименование показателя	Коэффиц. корреляции	Уровень КК
1.2.2.2	Доля медицинского оборудования, находящегося в исправном состоянии, %	-0,28	Слабый
1.3.1.2	Обеспеченность физическими лицами занятых должностей (врачи), %	-0,34	Умеренный
1.3.2.3	Доля врачей, имеющих высшую/первую квалификационную категорию (КК), %	-0,40	Умеренный
2.1.1	Доля пациентов необеспеченных записью к врачу в комфортные и допустимые сроки по самозаписи, %	-0,21	Слабый
3.1.3	Доля впервые выявленных заболеваний при прохождении гражданами профилактического медицинского осмотра, диспансеризации в общем объеме впервые выявленных заболеваний, %	-0,46	Умеренный
3.2.3	Число вызовов скорой медицинской помощи (СМП) на 1 тыс. прикрепленного населения, число случаев	-0,67	Средний

Источник: составлено автором.

Представленный результат показывает, что базовые показатели деятельности медицинской организации имеют корреляционные связи с основным медико-демографическим показателем – смертность на 100 тыс. населения, обслуживаемого в поликлинике.

Количество вызовов скорой медицинской помощи в значительной степени зависит от доступности и качества медицинских услуг, обеспеченных в медицинской организации и снижение числа вызовов, положительно влияет на уровень смертности, что и показывают расчеты.

### **6.2.3 Формирование оценки общественного мнения (ОМ)**

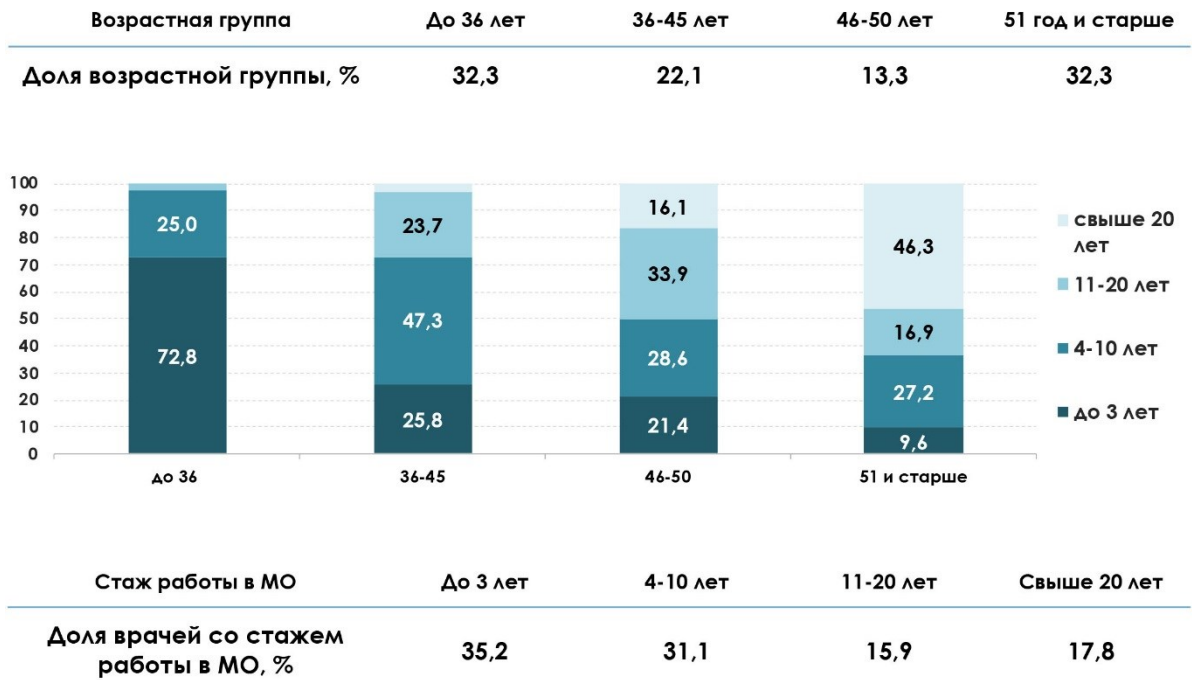
Кроме представленной оценки эффективности на основе фактических и расчетных значений показателей, в ходе исследования собраны аудиторские доказательства на основе анкетирования врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, т.е. проведена оценка общественного мнения (ОМ), которая входит в общую систему расчета комплексной оценки эффективности использования ресурсов (КОЭИР).

Анкетирование врачей является одним из методов получения аудиторских доказательств, с помощью которого можно получить ответы на вопросы «Дерева вопросов» с позиции участников процесса оказания медицинской помощи и сравнить их с результатами, полученными методом сбора фактических данных на аудируемом объекте.

В 2019 году в рамках исследования проведено анкетирование врачей в шести медицинских организациях, оказывающих ПМСП взрослому населению и являющихся объектом исследования, вопросы анкетирования представлены в приложении В.

В анкетировании приняли участие врачи первого и второго уровня, а также медицинские сестры. Всего получено 544 анкеты, из которых 421 анкета заполнена врачами 1 уровня (терапевты, ВОП, хирурги и пр.). Из общего числа опрошенных респондентов 69,6% - это женщины и 30,4% - мужчины.

Возрастной состав в зависимости от стажа работы в медицинской организации представлен на рисунке 26.



Источник: составлено автором.

Рисунок 26 – Данные о возрастном составе анкетированных врачей и стаже их работы в медицинской организации

Исследования, касающиеся наличия у врачей квалификационной категории (далее КК) в зависимости от возраста показали, что 91,9% врачей в возрасте до 36 лет не имеют КК, а в возрастной группе 51 год и старше (предпенсионная группа, так как основной контингент врачей составляют женщины) не имеют КК только 57,0%.

Один из вопросов анкеты звучал следующим образом: «Достаточно ли вам нормативного времени длительности приема, чтобы осмотреть пациента и заполнить необходимую документацию?».

В анкетировании принимали участие врачи с разным нормативным временем приема пациента, от 12 до 30 минут. Полученные ответы говорят о том, что только 17,5% опрошенных врачей в возрасте до 36 лет и 27,6% в возрасте 51 год и старше успевают полностью выполнить свою работу в пределах норматива, что представлено на рисунке 27.

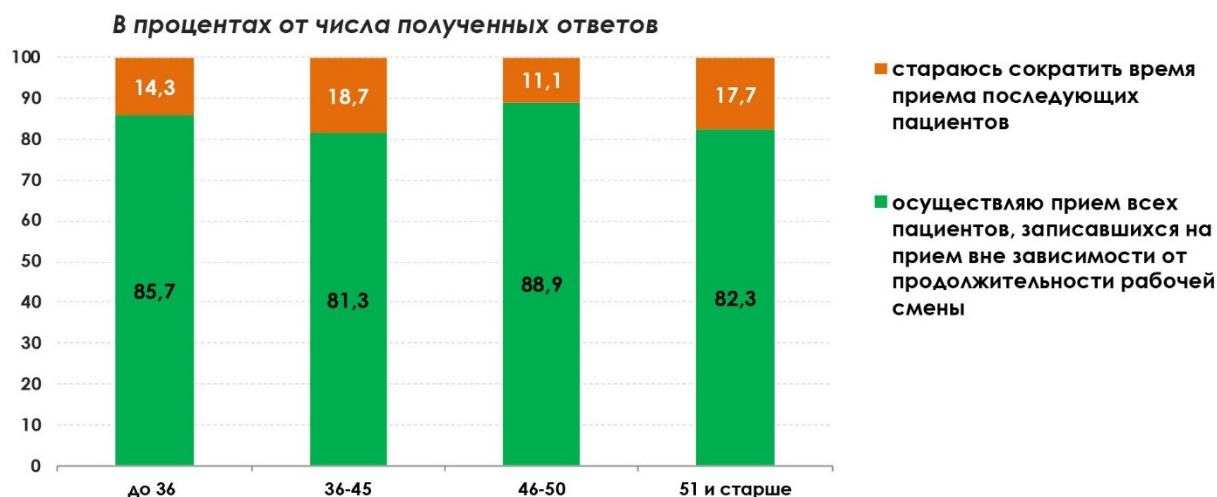


**В отдельных случаях выбрано более одного варианта из возможных ответов  
«Нет» - превалирует в возрастной группе до 36 лет (68,6%)**

Источник: составлено автором.

Рисунок 27 – Данные о достаточности нормативного времени для приема пациента в разрезе возрастных групп врачей

При этом ответы на вопрос: «Каковы Ваши действия в случае превышения установленных нормативов времени приема пациента?» показывают, что от 11,1% до 17,7% врачей старается сократить время приема последующих пациентов, чтобы в среднем уложится в нормативное время, как это показано на рисунке 28. Это связано с тем, что соблюдение нормативного времени приема (шаг сетки), является одним из показателей оценки деятельности медицинской организации – время ожидания приема врача. С учетом нормативного времени составляется расписание работы врача, его нагрузка и формируется сетка записи граждан на прием к врачу. Более 80% врачей продолжают прием пациентов вне зависимости от продолжительности рабочей смены.



Отсутствие достаточного времени для приема пациентов и оформления медицинской документации, приводит к тому, что большинство врачей продолжает осуществлять прием после окончания рабочей смены

**Данное решение принимается большинством врачей во всех возрастных группах**

Источник: составлено автором.

Рисунок 28 – Данные о действиях врачей в случае превышения установленных нормативов времени приема пациента в разрезе возрастных групп врачей

В соответствии с методологией аудита эффективности аудиторские доказательства, полученные из различных источников, следует сравнивать между собой, чтобы получить объективный ответ на поставленный вопрос и сделать соответствующий вывод.

Для этой цели были использованы данные ЕМИАС по разделу «Врач и пациент» за сентябрь 2019 года, в котором проводилось анкетирование врачей, что позволило сопоставить данные информационной системы о времени, затраченном врачами на прием и нормативном времени.

Представленные на рисунке 29 данные показывают, что фактическое время приема врача ниже и составляет около 90,0% от нормативного. Аналогичный выборочный анализ данных за другие месяцы 2019 года в 9-ти медицинских организациях у врачей разных специальностей подтверждает, что отличие составляет от 85,0% до 93,0%. При этом в фактическом времени приема врача учтены несостоявшиеся визиты, то есть пациент, записавшийся на прием не явился, и не отменил свой визит. Однако, следует принять во внимание, что от 17,9% до 32,9% врачей (в зависимости от возрастной группы) ответили, что документы

заполняют после окончания рабочего времени из-за ограниченного норматива времени, отведенного на прием.

Да	25,2 %	Показатель	Доля
Нет, заполнение документации во время приема отнимает много времени	37,8 %	Время приема 12 мин	22,3%
Нет, поэтому документы заполняю по окончании рабочего времени	26,6 %	Время приема 15 мин	61,3%
Затрудняюсь ответить, все зависит от пациента	14,7 %	Время приема 20 мин	8,1%
		Время приема 30 мин	1,9%
		Другое	20,9%

По данным ЕМИАС за один из месяцев 2019 года

Время приема	По нормативу	Факт/прием	Доля факта от норматива, %	Норматив/свыше 5 мин	Факт/прием свыше 5 мин	Доля факт/приема от норматива, свыше 5 мин, %
ВОП/Терапия, все	477 621	424 565	88,9	434 663	407 891	93,8
12 мин	92 568	79 581	86,0	77 856	75 528	97,0
15 мин	297 795	262 474	88,1	275 385	257 654	93,6
20 мин	77 540	70 946	91,5	75 080	70 586	94,0
Офтальм., 12 мин	52 656	43 354	82,3	45 828	41 051	89,6
ЛОР, 10 мин	68 730	59 678	86,8	26 560	26 734	100,7
Урология, 10-12 мин	44 534	40 012	89,8	41 026	38 724	94,4
Хирургия, мин	75 003	56 410	75,2	54 980	49 841	90,7
Кардиология, 15 мин	36 621	36 419	99,4	34 956	35 997	103,0

**Сравнение общего количества времени, выделенного на прием по записи, со временем, затраченным на прием пациентов, показывает у врачей должно быть свободное время. Если убрать приемы 5 минут и меньше, то доля занятости врача в среднем превышает 90,0%**

Источник: составлено автором.  
Рисунок 29 – Данные ЕМИАС по МО2

Таким образом, анкетирование врачей позволяет объяснить, почему фактическое время приема врача несколько ниже нормативного, так как заполнение документации пациента после окончания рабочей смены не учитывается в ЕМИАС. Это подтверждает, что нагрузка на врача является достаточно высокой. Поэтому на вопрос «Бывает ли у вас желание поменять место работы? С чем это в большей мере связано?» около 23,0% ответили, что их не устаревает интенсивность и объем работы.

Более подробное исследование и интервью (круглые столы) с врачами, проведенные в 2019 году, показали, что на прием отдельных пациентов врачу требуется значительно больше времени, чем это определено нормативом, в результате чего последующие пациенты попадают на прием с опозданием. Чтобы выполнить показатель по среднему времени ожидания пациентов приема врача (не более 10 минут), врачи на практике стараются сокращать время приема последующих пациентов, что может отразиться на качестве оказания медицинской помощи.

Одним из выводов по данному вопросу является подтверждение недостаточности кадровых ресурсов в медицинских организациях, чтобы обеспечить оптимальную нагрузку на врачей и предоставить достаточное количество нормативного времени для оказания гражданам качественной медицинской помощи.

В анкетах врачей включены также вопросы, связанные с оценкой доступности пациентов к врачам и диагностическим обследованиям. В связи с этим были заданы следующие вопросы: «Можете ли вы осуществить запись на консультацию к специалисту в день обращения пациента?» и «Всегда ли вы можете записать пациента (если есть показания) на диагностическое обследование?». Ответы представлены на рисунках 30 и 31.



Источник: составлено автором.

Рисунок 30 – Ответы врачей о возможности записи на консультацию к специалисту

Представленные ответы показывают, что 21,1% врачей иногда сталкиваются с проблемой записи пациента на консультацию из-за отсутствия свободных интервалов для записи.



Источник: составлено автором.

Рисунок 31 – Ответы врачей о возможности записи на диагностическое обследование

Данные, представленные на рисунке 31, свидетельствуют, что 30,5% врачей в целом иногда не могут выдать пациентам направление на инструментальные обследования в рамках горизонта записи в ЕМИАС, который составляет от 10 до 14 дней.

Данные анкетирования подлежат сравнению с данными ЕМИАС о сроках записи пациентов к врачам специалистам и на диагностические обследования.

Результаты удаленного аудита, проведенного на основании данных медицинских организаций в ЕМИАС, показали, что, например, в отдельных медицинских организациях не обеспечено УЗИ обследованиям в течение 10 дней до 45,0% граждан (МО4), что представлено в таблице 108. Если сравнить данные ЕМИАС в тех медицинских организациях, где проведено анкетирования врачей, то согласно расчетам, среднее значение показателя доля пациентов, которые ожидали УЗИ обследование свыше 10 дней в этих медицинских организациях, составило около 20,0%, что соизмеримо с мнением врачей.



Таблица 108 – Коэффициент корреляции между расчетным показателем «Доля граждан, которые ожидали диагностическое исследование (УЗИ) не более 7 дней, %» и ответом на вопрос анкеты «Да» о возможности записи пациента на диагностическое исследование

В процентах

Наименование показателя	МО2	МО4	МО5	МО7	МО8	МО9	КК
Доля граждан, которые ожидали диагностическое исследование (УЗИ) не более 7 дней, %»	71,4	39,6	57,1	62,1	50,2	92,6	-
Доля ответов «Да»,%	83,3	70,0	68,8	82,0	46,2	90,2	0,713

Источник: составлено автором.

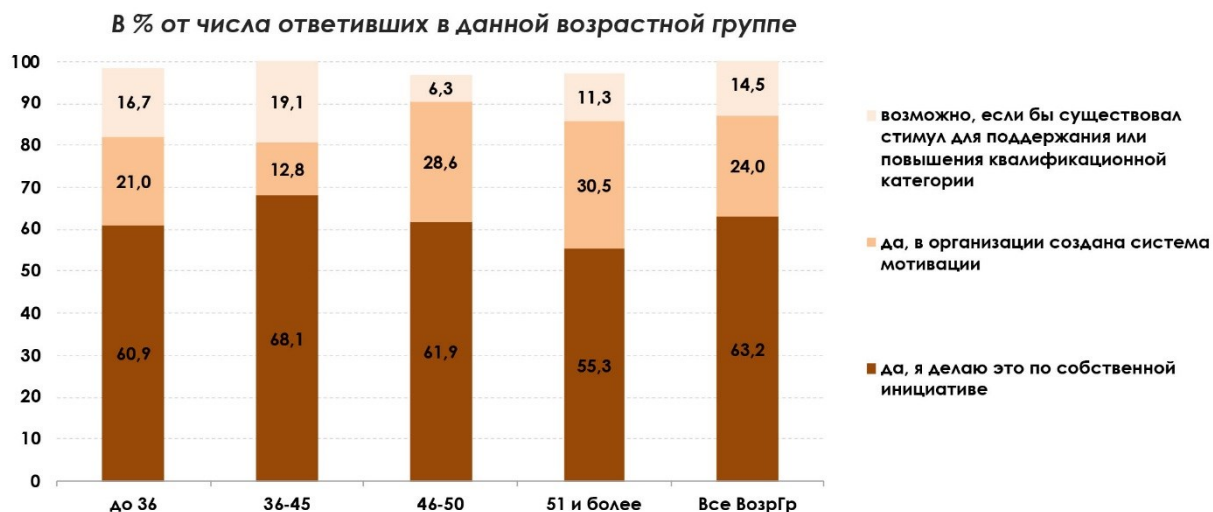
Изучение взаимосвязи между показателями по выбранным медицинским организациям позволило получить следующие результаты: значение коэффициента корреляции ( $r$ ) 0,713, т.е. связь между исследуемыми признаками прямая, а теснота (сила) связи по шкале Чеддока высокая, но зависимость признаков статистически не значима ( $p=0.134849$ ), а средняя ошибка аппроксимации составляет 12.9%.

В системе ЕМИАС фиксируются только те записи, которые смог сделать врач в рамках горизонта записи и не фиксируется реальная потребность населения в консультациях специалистов и/или диагностических обследованиях.

Таким образом, анкетирование врачей, как аудиторское доказательство способствует выявлению фактов недостаточности ресурсов медицинской организации или их неэффективного использования для выполнения требований и норм программ (проектов), направленных на улучшение условий оказания населению медицинской помощи.

В анкету включены также вопросы оценки условий работы и мотивации врачей к повышению своей профессиональной квалификации.

Как показали результаты анкетирования, только 14,5% врачей не видит стимула для повышения своей квалификационной категории (КК), при этом самая низкая доля таких врачей в возрастной группе от 46 до 50 лет - 6,3%, а самая высокая в возрастной группе от 36 до 45 лет – 19,1%. Ответы врачей представлены на рисунке 32.



Часть врачей не видит стимула для повышения своей квалификационной категории, при этом самая низкая доля таких врачей в возрастной группе **от 46 до 50 лет (6,3%)**, при средней по всем возрастным группам – **14,5%**

Источник: составлено автором.

Рисунок 32 – Результат о заинтересованности врачей в повышении КК

Врачи, прошедшие обучение по повышению своей квалификационной категории (около 70,0%) позитивно оценивают формы и программы обучения, но около 10,0% врачей они скорее или полностью не устраивают, что показано на рисунке 33.



Большинство врачей, прошедших обучение **(около 70%)** в целом устраивают формы и программы обучения, но при этом около 10% врачей дали негативную оценку, **особенно в возрастной группе 51+ (18%)**

Источник: составлено автором.

Рисунок 33 – Данные анкетирования врачей, касающиеся оценки программ и форм обучения

Данные анкетирования являются дополнением, объясняющим значения показателей, представленные в таблице 91, характеризующие долю медицинского персонала с квалификационной категорией.

Это подтверждает необходимость использования анкетирования в качестве оценочного инструмента для получения достоверных и объективных аудиторских доказательств. Кроме того, целесообразно использовать результаты социологического опроса граждан, примерная анкета для его проведения представлена в приложении Г.

Повысить объективность и достоверность расчетных данных по направлениям производительность и результативность могут аудиторские доказательства, полученные на основе социологического опроса граждан.

Важным элементом повышения качества управления ресурсами является внедрение управленческого учета.

Наличие управленческого учета в медицинской организации, способствует повышению качества управления ресурсами. Анализ целесообразности и необходимости введения управленческого учета, в том числе в медицинских организациях, обсуждается в научных публикациях [25; 80; 277], где описывается методика его применения и приводятся примеры успешного применения управленческого учета.

Применение управленческого учета позволяет объективно и достоверно контролировать процессы организации медицинской помощи и выявлять возможные слабые места эффективности использования ресурсов, которые отражаются на результативности деятельности медицинской организации.

Чаще всего управленческий учет чаще внедряют медицинские организаций частной системы здравоохранения, так как экономические интересы занимают важнейшее место наряду с решением вопросов качественного оказания медицинской помощи гражданам.

Экономическая эффективность является основным параметром при принятии решения об оказании гражданам медицинской помощи и в случае отсутствия необходимости оказывать экстренную медицинскую помощь, частная медицинская организация готова провести дорогостоящее лечение тому пациенту, который готов за него заплатить.

В этой ситуации управленческий учет позволяет быстро и точно провести расчет стоимости медицинской услуги и назвать цену пациенту.

Медицинская организация государственной системы здравоохранения имеет установленные тарифы за оказание медицинской помощи, а в случае амбулаторно-поликлинических учреждений установлен подушевой норматив за прикрепленное население.

Внедрение управленческого учета в медицинских организациях государственной системы здравоохранения способствует поиску возможности более экономного и эффективного использования ресурсов, но не приводит к увеличению дохода или прибыли медицинской организации. Кроме того, следует учитывать, что внедрение управленческого учета требует от медицинской организации перестройки ряда процессов в управлении медицинской организации, для чего нужны дополнительные ресурсы.

Анализ объема административных расходов в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы, сделанный по итогам внедрения СКУР, свидетельствует о том, что они могут составлять от 2 до 15 процентов от общего объема финансирования медицинской организации.

При этом минимальное значение этого показателя в крупных городских клинических больницах и максимальное в стоматологических поликлиниках.

Исходя из этого можно сделать вывод, что внедрение управленческого учета имеет определенные ограничения и зависит от численности сотрудников медицинской организации, объемов финансирования медицинской организации и некоторых других факторов, которые могут повысить эффективность организации управленческого учета в медицинской организации.

### **6.3 Использование результатов оценки результативности для прогнозирования потребности ресурсного обеспечения медицинских организаций, оказывающих населению первичную медико-санитарную помощь**

Целесообразность использования методологии аудита эффективности для прогнозирования потребности здравоохранения (медицинских организаций) в

ресурсах, необходимых для достижения ожидаемых результатов, изучено в ходе проведения исследования и может быть представлено отдельными примерами [102].

Национальным проектом «Здравоохранение» предусмотрено решение ряда задач, связанных с улучшением доступности и качества оказания первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Именно эта сфера медицинской деятельности признана основной в вопросе повышения эффективности всей системы здравоохранения.

Проект «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» (далее – Проект), реализуемый в рамках НП «Здравоохранение» предполагает создание и тиражирование «Новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» («Новая модель медицинской организации») [242].

Ожидается, что реализация Проекта, позволит сократить очереди в регистратуру и на приём к врачу, сократить количество посещений гражданином медицинской организации при прохождении профилактического медицинского осмотра или диспансеризации и пр. Для решения ряда организационных вопросов, позволяющих повысить качество обслуживания граждан предлагается внедрение в деятельности медицинских организаций принципов «бережливого производства».

Одним из показателей, характеризующих качество организации доступности медицинской помощи, является показатель «Среднее время ожидания приема врача по записи (минуты) в медицинских организациях» (далее - СВОП).

Значение показателя СВОП определяется как отношение суммы времени ожидания приема врачом непосредственно в медицинской организации к количеству записавшихся на прием пациентов за отчетный период, и рассчитывается на основе данных медицинских организаций Москвы о времени ожидания пациентами приема врачей разных специальностей.

Согласно ГП «Столичное здравоохранение» [30] в 2017 году фактическое значение данного показателя (СВОП) составило 11,3 мин., а на 2018-2020 гг. были установлены следующие плановые значения - 11,0/10,5/10,0 минут соответственно. Впоследствии данный показатель исключен из программы, но его важность для оценки качества обслуживания граждан в медицинской организации по-прежнему остается актуальной.

Реально ли достижение планового значения показателя в 2018-2020 гг.? В каких медицинских организациях существуют риски не достижения запланированных значений показателя? Как это определить?

Для ответа на этот вопрос в исследовании получила развитие одна из «веток» «Дерева вопросов» - 2.1.2. Соблюдаются ли установленные комфортные нормативы по времени ожидания пациентами на прием врача?

Оценка производилась на основе показателя «Доля состоявшихся приемов со временем ожидания пациентом приема врача свыше 20 минут, %» (далее – Доля 20), значение которого не должно превышать 5% от общего количества приемов.

Выбор в пользу данного показателя обусловлен тем, что при изучении данных было выявлено, что время ожидания приема врача может колебаться от 0 до 60 и более минут в зависимости от врача и его специальности врача, времени и месяца приема. Кроме того, в ЕМИАС фиксируются сводные данные о времени ожидания в интервалах: менее 20 мин., от 20 до 40 мин., от 40 до 60 мин., 60 мин. и более. Это упрощает расчет значения показателя, который более показателен, чем СВОП, так как свидетельствует о доли граждан, которые вынуждены ожидать приема врача свыше 20 минут.

Исследование проведено на основе данных 9 городских поликлиник для взрослых (МО1- МО9). Материалом для исследования послужили данные ЕМИАС из разделов «Время ожидания приема в очереди по предварительной записи» и «Врач и пациент», данные форм федерального статистического наблюдения (ФСН) № 30 и отчетных форм медицинских организаций, предусмотренных методикой Стандарта качества управления ресурсами (СКУР) за 2018 год. Анализ осуществлялся на основе данных об организации работы врачей-терапевтов (ВОП), так как они обеспечивают более 70% приемов пациентов в медицинской организации.

Одновременно с расчетом значения показателя Доля 20 рассчитывалось и значение показателя СВОП, что позволило сравнить целесообразность применения того или другого показателя для оценки уровня доступности граждан к медицинской помощи.

Расчет среднего значения показателей Доля 20 и СВОП за год произведен исходя из средних значений показателей за каждый месяц. Данные о средних

значениях показателей Доля 20 и СВОП в 2018 году в медицинских организациях представлены в таблице 109.

Таблица 109 - Данные о средних значениях показателей «Доля 20» и СВОП в 2018 году

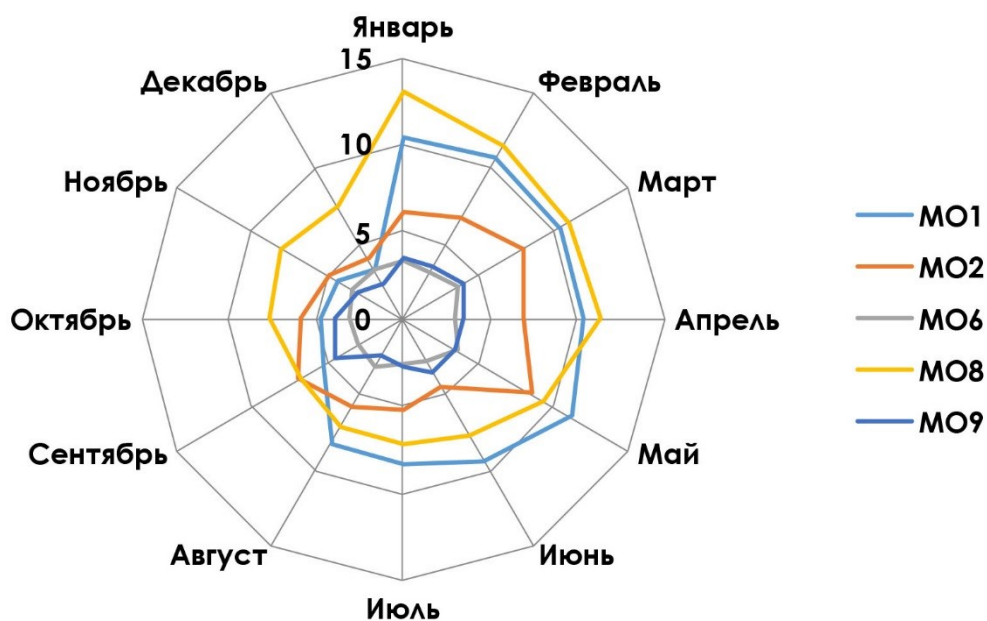
Показатель	МО 1	МО 2	МО 3	МО 4	МО 5	МО 6	МО 7	МО 8	МО 9
Доля 20, %	10,2	6,9	4,9	7,6	8,6	2,6	10,0	13,4	2,6
СВОП, минут	9,0	9,3	6,9	8,1	7,5	4,0	8,4	9,4	3,2

Источник: составлено автором.

Анализ показывает, что значение показателя СВОП в выбранных МО отличается в 2-3 раза от 3,2-4,0 минут в МО9 и МО6 до 9,3-9,4 минут в МО2 и МО8 соответственно. Отличия в значениях показателей Доля 20 схожи со значениями СВОП, а положительный коэффициент корреляции между ними составляет около 0,86. Сопоставление данных показывает, что возможно снижение значения СВОП за счет сокращения доли приемов с ожиданием свыше 20 минут.

Таким образом, оценка качества организации доступности граждан к медицинской помощи может осуществляться на основе обоих показателей в зависимости от поставленной задачи. И в том, и в другом случае достижение медицинской организацией наилучших значений показателей зависит от достаточности ресурсов и качества управления ими.

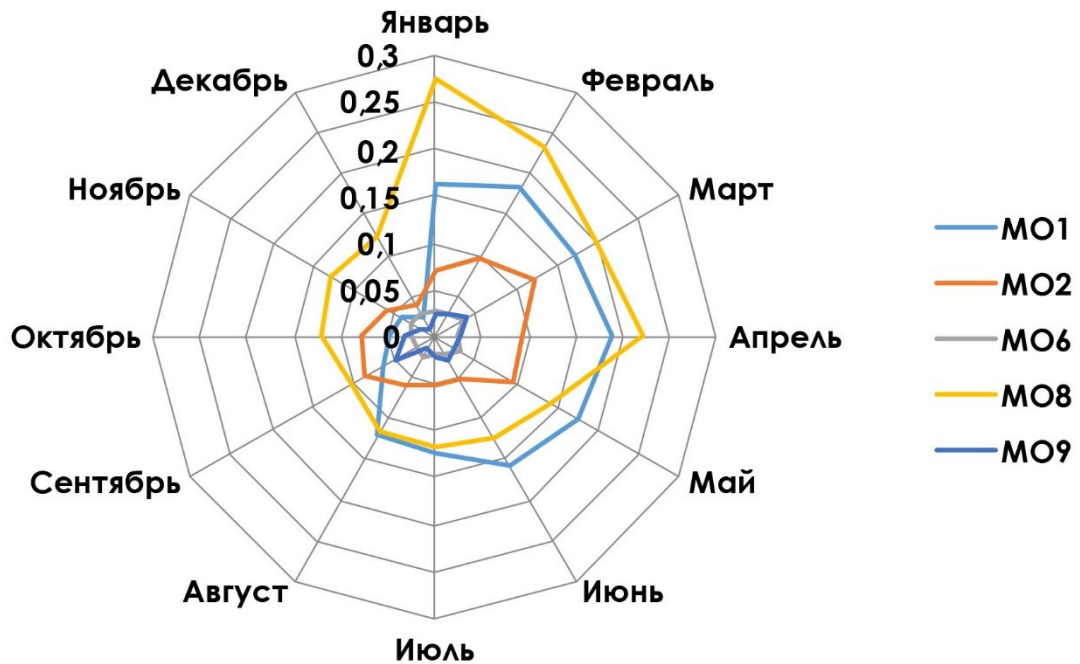
Данные о значениях показателя СВОП в медицинских организациях (выборочно) в каждом из месяцев 2018 года представлены на рисунке 34.



Источник: составлено автором.

Рисунок 34 - Распределение значения показателя СВОП в течение года (2018 г.)

Для сравнения на рисунке 35 представлены данные по показателю Доля 20 за этот же период времени в выбранных медицинских организациях.



Источник: составлено автором.

Рисунок 35 - Распределение значения показателя Доля 20 в течение года (2018 г.)

Ежемесячные изменения значений показателей СВОП и Доля 20 схожи. В обоих случаях максимальные значения отмечаются в начале года и снижаются во второй половине года. При этом ежемесячные изменения значения показателей в медицинских организациях отличаются, что может быть связано не только с интенсивностью посещения врачей (сезон заболеваний в начале года), но и с кадровым обеспечением медицинской организации (врачи тоже болеют или уходят в отпуск).

В целях исследования зависимости значений показателя СВОП в 2018 году от других факторов и прогнозирования его значений на период 2019-2020 гг., кроме показателя Доля 20 были выбраны следующие индикаторы, которые прямо или косвенно влияют на время ожидания пациентом приема врачом:

- средняя продолжительность приема врача;
- доля уникальных пациентов (отношение числа граждан, которые посетили медицинскую организацию хотя бы раз в течение года к общей численности граждан, прикрепленных к медицинской организации);
- доля несостоявшихся приемов;



- доля приемов с разной длительностью (менее 5 минут; от 5 до 15 минут; от 15 до 30 минут; свыше 30 минут);
- нагрузка на врачей-терапевтов (ВОП), т.е. число приемов на одного врача за отчетный период.

Как показали исследования, показатель Доля 20 имеет прямые корреляционные связи с показателем СВОП и его уменьшение влияет на снижение значения показателя СВОП.

Следует учесть, что в расчет показателя Доля 20 входят и приемы, ожидание которых составило свыше 60 минут. На примере одной из медицинских организаций установлено, что снижение на 1% доли приемов со временем ожидания свыше 20 минут за счет сокращения в 2 раза числа приемов со временем ожидания 60 минут и более позволяет снизить значение показателя СВОП на 0,7 минуты.

Кроме того, изучены случаи, когда значение индикатора «Максимальное время ожидания приема врача» превышает 40 минут. В качестве основных причин выделены: ошибочные действия врача при использовании ЕМИАС, опоздание пациента и реальная задержка приема врачом. В качестве объектов исследования выбраны медицинские организации, в которых зафиксирована самая большая доля приемов с ожиданием приема свыше 20 минут (МО1 и МО8) и одна с минимальной долей (МО9).

Установлено, что в большинстве случаев длительное ожидание приема врача было вызвано необходимостью приема подряд одного-двух пациентов длительностью свыше установленного интервала записи (шага сетки) в ЕМИАС, что привело к значительным опозданиям приема всех последующих пациентов на 40 - 60 минут.

Выявлены также случаи опоздания на прием самих пациентов, но данные опоздания в ЕМИАС отражены как поздний прием пациента, хотя вины врача в этом нет. Врач принимал опоздавшего пациента в промежутке между другими пациентами, у которых также сдвинулось время начала приема.

Соблюдение норматива «Средняя продолжительность приема пациента врачом» имеет прямое влияние на значение показателей Доля 20 и СВОП. Как уже указывалось в настоящем исследовании при описании результатов анкетирования врачей, не все врачи успевают в нормативное время принять пациента и заполнить

необходимую документацию. Чтобы не приводить к нарушению норматива врачи вынуждены начинать прием нового пациента не закончив ввод данных по приему предыдущего пациента, оставляя процедуру заполнения медицинской карты пациента на более позднее время.

В результате у врачей появлялась возможность закончить документальное оформление приема лишь в конце рабочего дня и в ЕМИАС отражалось время приема пациента 200-300 и более минут, что сказывалось на значении индикатора «Средняя продолжительность приема пациента врачом».

Исследования показали, что положительная корреляционная связь между показателями СВОП и «Средняя продолжительность приема врача» составляет около 0,57, т.е. время ожидания приема росло вместе с ростом средней продолжительности приема пациента.

Кроме того, подтверждается факт, что на значение показателя СВОП оказывает влияние дисциплинированность самих пациентов.

В таблице 110 представлена информация о доле приемов врачей-терапевтов (ВОП) с разной продолжительностью и средним временем ожидания пациентом приема врача.

Таблица 110 - Данные о доле приемов врачей-терапевтов (ВОП) с разной продолжительностью в медицинских организациях в 2018 году

Показатель/МО	В процентах								
	МО1	МО2	МО3	МО4	МО5	МО6	МО7	МО8	МО9
Доля несостоявшихся приемов	8,9	23,6	14,2	12,0	12,5	14,3	15,1	14,7	6,5
Доля приемов длительностью менее 5 минут	10,0	15,5	11,1	9,0	7,3	24,3	15,5	37,0	6,2
Доля приемов длительностью от 5 до 15 минут	31,0	5,4	15,2	18,4	16,8	15,7	14,5	2,9	2,5
Доля приемов длительностью от 15 до 30 минут	56,2	78,9	73,4	72,2	74,7	58,2	64,3	60,0	91,2
Доля приемов длительностью более 30 минут	2,8	0,2	0,4	0,4	1,2	1,7	5,7	0,2	0,0
Средняя продолжительность приема пациента, минут	13,8	12,2	11,8	11,3	13,1	12,1	13,2	12,2	10,3

Источник: составлено автором.

Одним из индикаторов, характеризующих дисциплинированность пациентов, является показатель «Доля несостоявшихся приемов». Значение данного показателя в исследуемых медицинских организациях колеблется в зависимости от специальности врача, половозрастной группы населения, времени записи на прием, других параметров и составляет в среднем в месяц от 7 до 23%.

Несостоявшиеся приемы положительно влияют на соблюдение врачами графика приема, даже в случае, если длительность приема отдельных пациентов превышала существующий интервал записи (шаг сетки).

К числу индикаторов, которые способствуют сохранению нормативного графика приема врача, относится показатель «Доля приемов длительностью менее 5 минут». Среднее значение данного показателя в исследуемых медицинских организациях составило от 7% до 37% от общего количества приемов.

Средняя продолжительность приема пациента врачом терапевтом (ВОП), рассчитанная на основании данных ЕМИАС за 2018 год, находится в пределах 10,3 - 13,8 минут. При этом следует отметить, что нормативное время приема пациента устанавливается каждой медицинской организацией самостоятельно, но в соответствии с рекомендациями Департамента здравоохранения города Москвы. Для врача терапевта может составлять 12-15 минут, а для ВОП до 20 минут.

Данные представленные в таблице 110 позволяют утверждать, что у каждой медицинской организации существуют свои определенные риски, которые могут повлиять на ухудшение значения показателя СВОП, например, если:

- сократится доля граждан, которые записались, но не пришли на прием врача (в 2018 году этот показатель составлял от 6,5% до 23,6%). Самый высокий риск у медицинских организаций, где значение данного показателя превышает 12-15%, так как сократится количество свободных интервалов, которые позволяли увеличить длительность приема пациента, если он в этом нуждается, без ущерба для начала приема следующего пациента;

- сократится доля пациентов, длительность приема которых составляет менее 5 минут (в 2018 году этот показатель составлял от 6,2 до 37,0%), так как увеличится средняя продолжительность приема пациента, что в свою очередь вызовет рост времени ожидания приема врача для следующих пациентов.

Анализ данных о длительности приема врача показывает, что доля приемов длительностью от 15 до 30 минут составляет 56,2-91,2% от общего количества приемов врача. Это значение увеличилось по сравнению с 2017 годом, так как увеличилась численность врачей ВОП, у которых нормативная продолжительность приема составляет до 20 минут.

Для ответа на вопрос, каким образом повлияют на медицинские организации факторы риска, необходимо проанализировать кадровые ресурсы и их использование. В число основных данных входят укомплектованность медицинской организации врачами и количество посещений в течение исследуемого периода, что представлено в таблице 111. Необходимо также учесть данные о доли уникальных пациентов в общей численности прикрепленного к медицинской организации населения.

Таблица 111 - Данные о нагрузке на врачей-терапевтов (ВОП) в 2018 году

МО	Укомплектованность врачами-терапевтами, % <sup>1</sup>	Доля уникальных пациентов, % <sup>2</sup>	Количество приемов врача-терапевта, человек <sup>1</sup>	Количество приемов на одного врача-терапевта, случаев <sup>1</sup>	СВОП, минут <sup>2</sup>
МО1	70,1	81,5	459 473	5 343	9,0
МО2	88,5	81,6	425 973	4 733	9,3
МО3	83,0	79,7	380 265	4 637	6,9
МО4	77,4	83,9	332 203	4 371	8,1
МО5	94,1	76,4	674 733	5 817	7,5
МО6	78,7	65,4	409 994	3 796	4,0
МО7	74,9	71,2	266 169	3 914	8,4
МО8	88,4	79,9	664 692	4 648	9,4
МО9	60,2	86,9	522 050	6 445	3,2
Примечания					
1 По данным формы ФСН № 30					
2 По данным ЕМИАС					

Источник: составлено автором по материалам [258; 259].

Укомплектованность медицинских организаций врачами-терапевтами (рассчитывается как отношение занятых должностей к числу должностей по штатному расписанию) составляет по данным форм ФСН №30 от 60,2% до 64,1%.

Как показывает анализ самая высокая нагрузка на одного врача в МО9, что связано с низкой укомплектованностью врачами, при этом в медицинской организации самая высокая доля уникальных пациентов, а значение СВОП самое низкое – 3,2 мин. Дальнейшее увеличение количества приема граждан может быть

связано только с увеличением количества врачей, так как в настоящее время нагрузка уже максимальная. Увеличение нагрузки может сказаться на качестве оказания гражданам медицинской помощи.

Как показали исследования оценки эффективности использования ресурсов, в МО9 самый высокий показатель смертности и 8-е место из 9-ти медицинских организаций по направлению результативность. Это доказывает, что несмотря на высокую производительность МО9 некорректно распределяет свои ресурсы, что отражается на результативности и значениях медико-демографических показателей.

В других медицинских организациях нагрузка на врачей значительно ниже, но, например, в МО5 практически полностью укомплектован штат, а доля уникальных пациентов может увеличиться, что повлечет за собой увеличение нагрузки на врачей и возможно потребует увеличения количества врачей.

Результаты исследования в выбранных 9 МО показали, что значение показателя СВОП как между отдельными МО, так и внутри одной МО в течение года отличается в 2-3 раза и зависит от целого ряда факторов.

Использование методологии аудита эффективности позволяет исследовать отдельно взятые показатели деятельности медицинской организации и прогнозировать способность медицинской организации достигнуть целевые значения с учетом имеющихся ресурсов (кадровых, финансовых, материально-технических). Одновременно, могут быть выявлены риски, негативно влияющие на возможность достижения целевых значений показателей. В случае показателей Доля 20 и СВОП – это рост количества уникальных пациентов, увеличение длительности приема врачом граждан, требующих от врача большего внимания при оказании им медицинской помощи и т.д.

Анализ изменений основных индикаторов, оказывающих прямое и/или косвенное влияние на значение показателей Доля 20 и СВОП, позволяет своевременно принимать меры в целях недопущения возможности наступления негативных последствий.

Кроме того, исследование показывает, что отдельным организациям для достижения целевых значений показателей Доля 20 и СВОП может потребоваться увеличение численности врачей, а значит увеличения финансовых ресурсов на фонд оплаты труда.

Медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, финансируются за счет средств ОМС более чем на 90% за счет подушевого тарифа, а значит, увеличение тарифа может быть основным источником финансирования для решения вопросов о сохранении или повышении доступности граждан к медицинской помощи.

Таким образом, исследование деятельности медицинской организации на основе методологии аудита эффективности позволяет определять функциональную взаимосвязь между отдельными показателями, выделять отдельные процессы для более детального анализа рисков недостижения целевых показателей и увязывать их с общей оценкой использования ресурсов.

Кроме того, сравнение отдельно взятых медицинских организаций на основе единого подхода к исследованию, позволяет выявлять степень влияния эффективности управления и результативности использования ресурсов медицинских организаций на достижение целевых медико-демографических показателей.

## **Выводы по главе 6**

1. Практика проведения аудита эффективности использования ресурсов медицинских организаций, оказывающих населению первичную медико-санитарную помощь показывает, что для получения полноценного результата необходимо учитывать данные первичного учета в медицинской организации или расширения доступа к ним за счет формирования дополнительных информационных ресурсов в виде мониторингов.

2. Анализ результатов по каждому направлению аудита эффективности показывает, что не всегда высокая эффективность по направлениям экономичность и производительность приводит к высокой результативности деятельности медицинской организации, что может быть связано с недостаточностью имеющихся ресурсов. Именно это обстоятельство является основанием для оценки достаточности ресурсов.

3. Итоговые балльные оценки медицинских организаций по результатам оценки качества использования ресурсов показывают, что они имеют с показателем смертности отрицательную среднюю силу связи равную – 0,43, а с направлением результативность отрицательный коэффициент корреляции составляет – 0,37. Таким образом, отмечается наличие взаимосвязи между эффективностью управления ресурсами и одним из важнейших медико-демографических показателей.

4. Представленные результаты свидетельствуют о наличии между показателями смертности и ключевыми показателями, характеризующими объем имеющихся ресурсов, отрицательных корреляционных связей, а перевод значений ресурсных показателей в балльную оценку и ее сравнение с показателем смертности показывает наличие общей отрицательной корреляционной связи средней силы равной – 0,49.

5. Предложенные расчеты свидетельствуют о том, что на достижение целевых значений медико-демографических показателей влияет, как наличие ресурсов, так и эффективность их использования с оценкой по предложенной в ходе проведенного исследования методике.

Использование данного подхода к анализу деятельности медицинских организаций позволяет определять основные реперные точки, на которые следует обращать внимание для улучшения доступности и качества медицинской помощи для населения

## Заключение

Результаты диссертационного исследования связаны с дальнейшим развитием методологии аудита эффективности как самостоятельной формы контроля за эффективностью использования бюджетных средств и государственной собственности в условиях активной реализации национальных проектов, направленных на повышение качества и удовлетворенности населения России медицинским обслуживанием. Опираясь на программно-целевые методы управления, в работе предложены новые методы контроля, обеспечивающие его сквозной характер и комплексность, выстроены методики контроля, учитывающие специфику структуры и организации здравоохранения в России, регулирующие взаимоотношения бюджетных организаций здравоохранения с коммерческими экономическими субъектами, которые оказывают услуги, оплачиваемые за счет бюджетных средств.

В работе обосновано применение системы сбалансированных показателей, характеризующих качество и доступность медицинской помощи населению, сформирован методический инструментарий, способствующий быстрому внедрению предлагаемой методологии.

На примере медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих взрослому населению первичную медико-санитарную помощь представлены результаты апробации, предложенного методического инструментария.

### **1. Определена роль аудита эффективности в оценке результативности использования государственных ресурсов при реализации национальных проектов и программ.**

Методология аудита эффективности наравне с функцией контрольного мероприятия может с успехом использоваться как методология исследования различных социально-экономических процессов и способствовать решению задач по повышению результативности использования государственных (и не только



государственных) ресурсов в деятельности организаций и реализации проектов и программ.

Методология аудита эффективности может использоваться как инструмент аналитического анализа реализации государственных программ и проектов в сфере здравоохранения, прогнозирования достижения ожидаемых результатов.

Исследование эволюции развития методологии аудита эффективности в Российской Федерации, опыта научно-методических подходов зарубежных специалистов к организации и проведению аудита эффективности, анализ российских и международных стандартов деятельности Высших органов финансового контроля (аудита) подтвердили возможность и целесообразность развития методологии аудита эффективности за счет применения в практике проведения контрольных мероприятий методов системного анализа.

В работе предложено использование в методологии аудита эффективности метода «дерево целей», трансформированного в метод «дерево вопросов», который позволяет сформировать систему показателей и критериев оценки результатов деятельности организаций, реализующих национальные проекты и программы в сфере здравоохранения с использованием бюджетных средств.

## **2. Раскрыты особенности использования методологии аудита эффективности в сфере здравоохранения при осуществлении контроля за результативностью национальных проектов и государственных программ.**

Доказана целесообразность использования «сотового метода», разработанного в процессе исследования, как метода сквозного контроля и единого научно-методического обеспечения и стандартизации проведения и анализа результатов аудитов эффективности использования бюджетных средств, направляемых на реализацию национальных проектов и государственных программ в сфере здравоохранения.

В Российской Федерации проведение государственного аудита использования средств федерального бюджета, государственных внебюджетных фондов и иных государственных ресурсов, законодательно закреплено за Счетной палатой Российской Федерации, которая является высшим органом внешнего государственного аудита (контроля).

Осуществление контроля за целевым и эффективным использованием средств федерального бюджета и бюджетов государственных внебюджетных фондов является задачей Счетной палаты Российской Федерации, а эффективность расходования средств бюджета субъекта Российской Федерации контролируется контрольно-счетным органом соответствующего субъекта Российской Федерации. Разделение уровней ответственности контрольно-счетных органов ограничивает возможности исследования эффективности реализации государственных программ и национальных проектов в целом силами только Счетной палаты РФ или контрольно-счетного органа субъекта Российской Федерации, что не позволяет обеспечить объективную и системную оценку результатов и эффективности использования всех задействованных средств бюджетной системы РФ.

Комплексное решение задачи по оценке эффективности деятельности объектов, задействованных в реализации государственных программ и национальных проектов, основано на использовании единых научно-методических подходов и стандартов к организации, проведению и анализу результатов проведения аудитов эффективности силами контрольно-счетных органов разного уровня, координируемых из единого центра. Организацию подобных мероприятий предложено называть «сотовым» методом организации и проведения контрольных мероприятий.

«Сотовый» метод позволяет в более короткие сроки и качественнее проводить аудиты эффективности и повышать объективность отчетов за счет значительного расширения количества достоверных аудиторских доказательств, собранных в субъектах Российской Федерации. Основные принципы «сотового» метода нашли отражение в стандартах финансового контроля (государственного аудита) при проведении совместных и параллельных контрольных и экспертно-аналитических мероприятий.

**3. Обоснованы основные направления совершенствования методологии и методического инструментария оценки влияния результативности деятельности медицинских организаций на достижение целевых значений показателей национальных проектов и программ.**

Разработаны методики применения аудита эффективности для оценки качества управления ресурсами медицинских организаций и их достаточности для

обеспечения результативности национальных проектов и программ в сфере здравоохранения.

В работе предложено использовать автоматизированную систему комплексной оценки эффективности использования ресурсов (КОЭИР) государственных учреждений здравоохранения города Москвы в части выполнения государственного задания по оказанию медицинских услуг в объемах, предусмотренных территориальной программой государственных гарантий, с использованием методологии и на основе результатов аудита эффективности.

КОЭИР является суммирующей балльной оценкой показателей, характеризующих качество управления ресурсами и результативность деятельности медицинских организаций, и рассчитывается с применением информационной аналитической системы «ИАС АУДИТ».

Применение «ИАС АУДИТ» позволяет практически мгновенно, после внесения в систему первичных данных получить результат оценки, как для отдельно взятой медицинской организации, так и группы однотипных медицинских организаций, оказывающих взрослому населению первичную медико-санитарную помощь.

Система включает в себя 3 основных модуля: информационный, организационный и аналитический каждый из которых несет в себе определенную функциональную нагрузку.

Результаты аудиторских заключений, подготовленные с использованием автоматизированной системы КОЭИР, являются основой для принятия решения об оценке эффективности деятельности медицинских организаций и достаточности ресурсов на реализацию программ (проектов) для достижения целевых (плановых) показателей. Они позволяют определить эффективность использования медицинской организацией ресурсов и обосновать необходимость привлечения дополнительных ресурсов или оптимизации использования имеющихся ресурсов для обеспечения потребности населения в медицинской помощи.

Для полной реализации предлагаемой методологии необходима последовательная разработка методического инструментария, учитывающего специфику структуры медицинских организаций, их задач и форм оказания

медицинских услуг, структуру финансирования и ресурсов медицинских учреждений.

Для этих целей на основе методологии аудита эффективности разработан инструментарий оценки вклада отдельной медицинской организации в достижение целевых показателей, предусмотренных государственной программой «Развитие здравоохранения» (на примере здравоохранения города Москвы).

Государственными программами и национальными проектами определены целевые значения показателей и ожидаемые результаты в целом по Российской Федерации и по каждому субъекту РФ в отдельности. Достижение ряда целевых значений показателей зависит от эффективности деятельности отдельно взятых медицинских организаций и достаточности у них ресурсов для их достижения.

Объектом анализа финансово-хозяйственной деятельности медицинской организации являются экономические и производственные результаты деятельности, а предметом – причинно-следственные связи этих процессов и полученных результатов.

Применение элементов методологии аудита эффективности позволяет оценивать вклад каждой медицинской организации в достижение целевых значений показателей, результаты которого позволяют обосновать выделение дополнительных ресурсов медицинским организациям в целях повышения их эффективности. Инструментарий оценки вклада отдельно взятой медицинской организации в достижение целевых показателей, предусмотренных государственными программами и проектами в сфере здравоохранения (на примере системы здравоохранения города Москвы) представлен в работе.

Результативность деятельности медицинских организаций оценивается, с учетом критериев доступности и качества медицинской помощи, утвержденных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи. Кроме того, следует принимать во внимание и целевые показатели национальных проектов «Здравоохранение» и «Демография» в преломлении к ресурсам и видам деятельности медицинских организаций.

В ходе исследования проведен выборочный аудит эффективности с использованием показателей, разработанных на основе предложенного «Дерева вопросов». Для расчета значений показателей использовались данные

статистической и бухгалтерской отчетности, результаты отчетов медицинских организаций по методике Стандарта качества управления ресурсами (СКУР), данные аналитических подсистем Единой медицинской информационно-аналитической системы (ЕМИАС) города Москвы за 2016-2018 гг. и другие источники информации.

Результаты аудита эффективности, проведенного на основании анализа полученных данных, позволили оценить возможность практического применения методологии аудита эффективности использования ресурсов медицинских организаций и вклад каждой из них в достижение ожидаемых результатов.

В ходе исследования обоснована потребность в использовании информационных технологий и персонифицированного учета данных об оказании медицинских услуг жителям Москвы для разработки оценочных показателей, характеризующих доступность и качество оказания медицинской помощи.

Информатизация в сфере здравоохранения позволяет создавать новые подходы к формированию оценочных показателей и создавать массивы персонифицированной информации о пациентах и оказанных им медицинских услугах, которые могут быть использованы для создания показателей нового вида - динамических показателей качества оказания медицинской помощи в статистической отчетности.

Создание динамических показателей требует соответствующего подхода к формированию и учету первичных данных, которые могут быть использованы в информационных системах для автоматизированной обработки.

Использование персонифицированных данных о медицинских услугах, оказанных конкретным гражданам, благодаря информационным системам, позволяет более точно определять потребность населения в тех или иных видах медицинской помощи, степени их удовлетворения и формировать отчетность об эффективности системы здравоохранения или деятельности медицинской организации.

Совершенствование методов информационного обеспечения для управления ресурсами в сфере здравоохранения, опирается на дальнейшую цифровизацию экономики, интеграцию основных видов учета – статистического, бухгалтерского, управленческого и планомерное совершенствование документального оформления

управленческих процессов в целом и контрольной функции в частности. В условиях расширения проектного управления существенно меняются контакты государственных учреждений с организациями других форм собственности, что требует дальнейшего уточнения в организации учетно-контрольных процессов на базе раздельного учета и предполагает усиление контроля за рациональным использованием бюджетных средств.

Для реализации предлагаемых методов контроля за использованием ресурсов и создания условий для эффективного их использования в результате исследования разработан методический инструментарий, включающий:

- сбалансированную систему показателей оценки эффективности деятельности медицинских учреждений и алгоритмы их расчета;
- систематизацию и классификацию показателей по группам, характеризующим экономичность, продуктивность и результативность деятельности медицинских организаций;
- выделение групп показателей, влияющих на достижение целевых показателей, утверждаемых национальными проектами и государственными программами;
- методы оценки достаточности выделенных медицинскому учреждению ресурсов.

Предложенная методология позволяет обеспечить прозрачность отчетности об использовании выделенных медицинской организации ресурсов, объективизирует оценку экономической эффективности их деятельности и рационального использования бюджетных средств и государственной собственности.

### Список сокращений и условных обозначений

В настоящей диссертации применяются следующие сокращения и обозначения:

АПУ – амбулаторно-поликлинические учреждения

АУП – административно-управленческий персонал

БОР – система бюджетирования, ориентированного на результат

ВОП – врач общей практики

ВВП – валовый внутренний продукт

ВЗН – высокочатратные нозологии

ВИ - взаимоисключающие вопросы

ВМП – высокотехнологичная медицинская помощь

ВОА – высшие органы аудита

ВОФК – высшие органы финансового контроля

ГП - Государственная программа

ГСП – государственная социальная помощь

ДЛО – дополнительное лекарственное обеспечение

ЕДВ – ежемесячная денежная выплата

ЕМИАС – Единая медицинская информационно-аналитическая система г. Москвы

ЖНВЛП - жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты

ИАС – информационно-аналитическая система

ИС - исчерпывающие вопросы

ИНТОСАИ / INTOSAI – международная организация высших органов финансового контроля / аудита

ИППКУР – индивидуальная программа качества управления ресурсами

ИССАИ / ISSAI – профессиональные международные стандарты Высших органов аудита

КК – квалификационная категория

КО - критерий оценки

КСП - Контрольно-счетная палата

КСО – контрольно-счетные органы

ЛП – лекарственный препарат

МГ ФОМС – Московский городской фонд обязательного медицинского страхования

МНН – международное непатентованное наименование

МО – медицинская организация государственной системы здравоохранения города Москвы

НИИ – научно-исследовательский институт

НИР – научно-исследовательская работа

НМЦК – начальная максимальная цена контракта

НСЗ – Национальная служба здравоохранения Англии

НСУ – набор социальных услуг

НУА – Национальное управление аудита

ОКГ – отдельные категории граждан

ОМС – обязательное медицинское страхование

ОНЛС – обеспечение необходимыми лекарственными средствами

ПМО – профилактические медицинские осмотры

ПМСП – первичная медико-санитарная помощь ПМУ – платные медицинские услуги

ПНП – приоритетный национальный проект

СВОП – Среднее время ожидания приема врача по записи

СГА – стандарты внешнего государственного аудита

СКУР – Стандарт качества управления ресурсами

СМО – страховая медицинская организация

СМП – скорая медицинская помощь

ССП – система сбалансированных показателей

СФК – стандарты финансового контроля

ТН – торговое наименование

ТПГГ – территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

ТП ОМС – территориальная программа обязательного медицинского страхования

ТФОМС – территориальный фонд обязательного медицинского страхования

ФОТ – фонд оплаты труда

ФСН – федеральное статистическое наблюдение

ФХД – финансово-хозяйственная деятельность



## Список литературы

### Нормативно-правовые акты

1. Российская Федерация. Законы. Бюджетный кодекс Российской Федерации : федеральный закон [принят Государственной Думой 17 июля 1998 года]. – Справочно-правовая система «Консультант Плюс». – Текст : электронный. – URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_19702/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_19702/) (дата обращения: 18.06.2019).
2. Российская Федерация. Законы. Об обращении лекарственных средств : федеральный закон [принят Государственной Думой 24 марта 2010 года]. – Справочно-правовая система «Консультант Плюс». – Текст : электронный. – URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_99350/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_99350/) (дата обращения: 18.06.2019).
3. Российская Федерация. Законы. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : федеральный закон [принят Государственной Думой 01 ноября 2011 года]. – Справочно-правовая система «Консультант Плюс». – Текст : электронный. – URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_121895/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/) (дата обращения: 18.06.2019).
4. Российская Федерация. Законы. О государственной социальной помощи : федеральный закон [принят Государственной Думой 25 июня 1999 года]. – Справочно-правовая система «Консультант Плюс». – Текст : электронный. – URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_23735/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_23735/) (дата обращения: 18.11.2018).
5. Российская Федерация. Законы. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации : федеральный закон [принят Государственной Думой 19 ноября 2010 года]. – Справочно-правовая система «Консультант Плюс». – Текст : электронный. – URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_107289/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/) (дата обращения: 18.06.2019).
6. Российская Федерация. Законы. О Счетной палате Российской Федерации : федеральный закон [принят Государственной Думой 22 марта 2013 года]. – Справочно-правовая система «Консультант Плюс». – Текст :

электронный. – URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_144621/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_144621/) (дата обращения: 18.06.2019).

7. Российская Федерация. Законы. О Счетной палате Российской Федерации : федеральный закон [принят Государственной Думой 18 ноября 1994 года : утратил силу]. – Справочно-правовая система «Консультант Плюс». – Текст : электронный. – URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_5433/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_5433/) (дата обращения: 18.06.2019).

8. Российская Федерация. Законы. Об общих принципах организации деятельности контрольно-счетных органов субъектов Российской Федерации и муниципальных образований : федеральный закон [принят Государственной Думой 28 января 2011 года]. – Справочно-правовая система «Консультант Плюс». – Текст : электронный. – URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_110266/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_110266/) (дата обращения: 18.06.2019).

9. Российская Федерация. Законы. О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года. Указ Президента РФ от 07 мая 2018 года № 204. – Справочно-правовая система «Консультант Плюс». – Текст : электронный. – URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_297432/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_297432/) (дата обращения: 18.04.2019).

10. Российская Федерация. Законы. О мероприятиях по реализации государственной социальной политики. Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2012 г. № 597. – Справочно-правовая система «Консультант Плюс». – Текст : электронный. – URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_129344/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_129344/) (дата обращения: 17.05.2019).

11. Российская Федерация. Законы. Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» [постановление Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2017 года № 1640]. – Справочно-правовая система «Консультант Плюс». – Текст : электронный. – URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_286834/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_286834/) (дата обращения: 23.05.2019).

12. Российская Федерация. Законы. Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» [Постановление Правительства РФ от 15 апреля 2014 года № 294. (утратил силу)]. – Справочно-правовая система «Консультант Плюс». – Текст : электронный. – URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_162178/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_162178/) (дата обращения: 17.05.2019).

13. Российская Федерация. Законы. Об определении соответствия производителей лекарственных средств требованиям правил надлежащей производственной практики [постановление Правительства Российской Федерации от 03 декабря 2015 № 1314]. – Справочно-правовая система «Консультант Плюс». – Текст : электронный. – URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_190256/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_190256/) (дата обращения: 28.04.2019).

14. Российская Федерация. Законы. Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности» на 2013 - 2020 годы» [постановление Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 года № 305]. – Справочно-правовая система «Консультант Плюс». – Текст : электронный. – URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_162187/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_162187/) (дата обращения: 28.04.2019).

15. Российская Федерация. Законы. О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов. [постановление Правительства РФ от 10 декабря 2018 года № 1506]. – Справочно-правовая система «Консультант Плюс». – Текст : электронный. – URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_313205/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_313205/) (дата обращения: 21.05.2019).

16. Российская Федерация. Законы. Об утверждении правил формирования перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи [постановление Правительства Российской Федерации от 28 августа 2014 года № 871]. – Справочно-правовая система «Консультант Плюс». – Текст :

электронный. – URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_167999/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_167999/)  
(дата обращения: 17.05.2019).

17. Российская Федерация. Законы. О внесении изменений в постановления Правительства Российской Федерации от 29 октября 2010 г. № 865 и от 15 сентября 2015 г. № 979 [постановление Правительства Российской Федерации от 08 октября 2018 № 1207]. – Справочно-правовая система «Консультант Плюс». – Текст : электронный. – URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_309128/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_309128/)  
(дата обращения: 18.08.2019).

18. Российская Федерация. Законы. О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения [постановление Правительства Российской Федерации от 30 июля 1994 года № 890]. – Справочно-правовая система «Консультант Плюс». – Текст : электронный. – URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_4208/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_4208/) (дата обращения: 18.04.2019).

19. Российская Федерация. Законы. О государственном регулировании цен на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов [постановление Правительства Российской Федерации от 29 октября 2010 года № 865]. – Справочно-правовая система «Консультант Плюс». – Текст : электронный. – URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_106310/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_106310/) (дата обращения: 10.04.2019).

20. Российская Федерация. Законы. О закупках лекарственных препаратов, предназначенных для обеспечения лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипопитарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, лиц после трансплантации органов и (или) тканей [постановление Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2011 года № 1155 : утратило силу с 01 января 2019 года]. – Справочно-правовая система «Консультант Плюс». – Текст : электронный. – URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_124285/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_124285/)  
(дата обращения: 18.04.2019).

21. Российская Федерация. Законы. О проведении эксперимента по маркировке контрольными (идентификационными) знаками и мониторингу за оборотом отдельных видов лекарственных препаратов для медицинского применения [постановление Правительства Российской Федерации от 24 января 2017 года № 62]. – Справочно-правовая система «Консультант Плюс». – Текст : электронный. – URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_211968/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_211968/) (дата обращения: 08.03.2019).

22. Российская Федерация. Законы. Об утверждении Программы Правительства РФ по повышению эффективности бюджетных расходов на период до 2012 года [распоряжение Правительства Российской Федерации от 30 июня 2010 года № 1101-р]. – Справочно-правовая система «Консультант Плюс». – Текст : электронный. – URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_102311/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_102311/) (дата обращения: 28.04.2019).

23. Российская Федерация. Законы. Об утверждении Стратегии лекарственного обеспечения населения Российской Федерации до 2025 года и плана ее реализации [приказ Минздрава России от 13 февраля 2013 года № 66]. – Справочно-правовая система «Консультант Плюс». – Текст : электронный. – URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_142725/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_142725/) (дата обращения: 22.03.2019).

24. Российская Федерация. Законы. О внесении изменений в приложения № 1 и № 2 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 февраля 2013 г. № 66 «Об утверждении стратегии лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года и план ее реализации» [приказ Минздрава России от 07 апреля 2016 года № 218]. – Справочно-правовая система «Консультант Плюс». – Текст : электронный. – URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_197090/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_197090/) (дата обращения: 18.01.2019).

25. Российская Федерация. Законы. Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности [приказ Министерства здравоохранения РФ от 7 июня 2019 года № 381н]. – Справочно-правовая система «Консультант Плюс». – Текст :

электронный. – URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_332852/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_332852/) (дата обращения: 21.05.2019).

26. Российская Федерация. Законы. Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми [приказ Министерства здравоохранения РФ от 29 марта 2019 года № 173н]. – Справочно-правовая система «Консультант Плюс». – Текст : электронный. – URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_323527/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_323527/) (дата обращения: 25.06.2019).

27. Российская Федерация. Законы. 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 [приказ Министерства здравоохранения РФ от 28 июня 2013 года № 421]. – Справочно-правовая система «Консультант Плюс». – Текст : электронный. – URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_149332/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_149332/) (дата обращения: 20.03.2019).

28. Российская Федерация. Законы. О целевых показателях эффективности деятельности федеральных бюджетных и казенных учреждений, находящихся в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации, и критериях оценки эффективности и результативности деятельности их руководителей, условиях премирования руководителей федеральных бюджетных и казенных учреждений, находящихся в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации [приказ Министерства здравоохранения РФ от 11 июля 2013 года № 451]. – Справочно-правовая система «Консультант Плюс». – Текст : электронный. – URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_151732/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_151732/) (дата обращения: 20.03.2019).

29. Российская Федерация. Законы. Об утверждении правил надлежащей производственной практики [приказ Минпромторга России от 14 июня 2013 года № 916]. – Справочно-правовая система «Консультант Плюс». – Текст : электронный.

– URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_152004/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_152004/) (дата обращения: 18.02.2019).

30. Российская Федерация. Законы. Об утверждении государственной программы города Москвы «Развитие здравоохранения города Москвы» (Столичное здравоохранение). [постановление Правительства Москвы от 04 октября 2011 года № 461-ПП]. – Текст : электронный. – URL: <https://mosgorzdrav.ru/ru-RU/targets/default/card/12.html> (дата обращения: 17.09.2019).

31. Российская Федерация. Законы. О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов. [постановление Правительства Москвы от 27 декабря 2018 года № 1703-ПП]. – Текст : электронный. – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/49547344/> (дата обращения: 21.05.2019).

32. Российская Федерация. Законы. Об утверждении целевых показателей оценки качества и эффективности деятельности учреждений, находящихся в ведении Департамента здравоохранения города Москвы, и критериев оценки эффективности и результативности деятельности руководителей государственных учреждений города Москвы, находящихся в ведении Департамента здравоохранения города Москвы [приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 29 июля 2015 года № 632]. – Текст : электронный. – URL: <https://base.garant.ru/71180054/> (дата обращения: 20.03.2019).

33. Российская Федерация. Законы. О внедрении Стандарта качества управления ресурсами в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы [приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 12 сентября 2018 года № 631]. – Текст : электронный. – URL: <https://base.garant.ru/49638830/> (дата обращения: 25.05.2019).

34. Российская Федерация. Законы. О внедрении Стандарта качества управления ресурсами в государственных учреждениях Департамента здравоохранения города Москвы [приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 16 июля 2016 года № 622 (утратил силу)]. – Текст : электронный. – URL: <https://base.garant.ru/71516408/> (дата обращения: 25.05.2019).

35. Российская Федерация. Законы. О проведении пилотного проекта по внедрению Стандарта качества управления ресурсами в государственных учреждениях, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы [приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 02 апреля 2014 года № 305 (утратил силу)]. – Текст : электронный. – URL: <http://docs.cntd.ru/document/537982609> (дата обращения: 20.03.2019).

36. Российская Федерация. Законы. Об утверждении Методики расчета ведомственных индикаторов Государственной программы города Москвы «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)» на 2012-2020 годы. [приказ Департамента здравоохранения Москвы от 15 октября 2015 года № 867]. – Текст : электронный. – URL: <https://base.garant.ru/71260582/> (дата обращения: 21.05.2019).

37. Российская Федерация. Законы. Об утверждении методики оценки эффективности деятельности руководителей, медицинских и фармацевтических работников государственных учреждений здравоохранения [приказ МЗ РТ от 27 апреля 2012 года № 620]. – Текст : электронный. – URL: <https://www.garant.ru/hotlaw/tatarstan/400042/> (дата обращения: 25.03.2019).

38. Российская Федерация. Законы. Об утверждении критериев эффективности деятельности учреждений, подведомственных министерству здравоохранения Кировской области, их руководителей и работников [распоряжение Министерства здравоохранения Кировской области от 02 декабря 2013 года № 1096]. – Текст : электронный. – URL: <https://base.garant.ru/17223442/>. (дата обращения: 25.03.2019).

39. Российская Федерация. Законы. Об утверждении показателей эффективности деятельности государственных учреждений здравоохранения Нижегородской области и их руководителей [приказ Министерства здравоохранения Нижегородской области от 25 сентября 2013 года № 2324]. – Текст : электронный. – URL: <http://docs.cntd.ru/document/465521843>. (дата обращения: 25.03.2019).

40. Лимская декларация руководящих принципов аудита [принята IX Конгрессом Международной организации высших органов финансового контроля (ИНТОСАИ) в г. Лиме (Республика Перу) в 1977 году]. – Текст :



электронный. – URL: <http://audit.gov.ru/documents/intosai/>. (дата обращения: 21.01.2020).

41. Международные стандарты для высших органов финансового контроля. (ISSAI). Текст : электронный. – URL: <https://www.eurosai.org/ru/training/training-events-and-outputs/-ISSAI/> (дата обращения: 19.11.2019).

42. Стандарты ИНТОСАИ. ISSAI 300. основополагающие принципы аудита эффективности. – Текст : электронный. – URL: <http://audit.gov.ru/documents/intosai/>. (дата обращения: 21.01.2020).

### **Стандарты**

43. ГОСТ ISO 9001-2011. Межгосударственный стандарт. Системы менеджмента качества. Требования. [введен в действие приказом Росстандарта от 22 декабря 2011 года № 1575-с]. – Текст : электронный. – URL: <http://docs.cntd.ru/document/gost-iso-9001-2011> (дата обращения: 31.07.2019).

44. СГА 104. Стандарт внешнего государственного аудита (контроля). Аудит эффективности [утвержден постановлением Коллегии Счетной палаты Российской Федерации от 30 ноября 2016 г. № 4ПК]. – Справочно-правовая система «Консультант Плюс». – Текст : электронный. – URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_208571/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_208571/) (дата обращения: 12.08.2018).

45. Стандарт финансового контроля. СФК 104. Проведение аудита эффективности использования государственных средств [утвержден решением Коллегии Счетной палаты Российской Федерации от 09.06.2009, протокол № 31К (668)]. [утратил силу] – Текст : электронный. – URL: <https://base.garant.ru/12178578/> (дата обращения: 18.04.2019).

### **Книги, статьи в журналах**

46. Агапцов, С.А. Государственный финансовый контроль и бюджетная политика Российского государства / С.А. Агапцов. – Москва : Финансовый контроль, 2004. – 258 с. – ISBN 5-902048-37-0.

47. Актуальные вопросы управления здравоохранением при переходе к цифровой экономике: монография / С.П. Ковалев, П.В. Сороколетов, Е.Р. Яшина [и др.] – Москва : Грифон, 2019. – 344 с. – ISBN 978-5-98862-496-7.
48. Актуальные проблемы управления здоровьем населения : юбилейный сборник научных трудов / под общей редакцией И.А. Камаева, В.М. Леванова. – Нижний Новгород : Ремедиум Приволжье, 2017. – 287 с. – ISBN 978- 5- 906125-36-1.
49. Акчурина, Е.В. Управленческий учет : учебно-практическое пособие / Е.В. Акчурина, Л.П. Солодко, А.В. Казин. – Москва : Проспект, 2004. – 475 с. – ISBN 5-98032-416-х.
50. Алтухова, Н.В. Оценка внешним аудитором системы внутреннего контроля аудируемой организации / Н.В. Алтухова // Аудиторские ведомости. – 2018. – № 3. – С. 5-14. – ISSN 1727-8058.
51. Алтухова, Н.В. Получение аудиторских доказательств и их оценка в соответствии с международными стандартами аудита / Н.В. Алтухова // Аудиторские ведомости. – 2017. – № 1-2. – С. 6-16. – ISSN 1727-8058.
52. Аманжолова, Б.А. Методология и технология аудита эффективности деятельности муниципальных унитарных предприятий / Б.А. Аманжолова. – Новосибирск : Сибирский университет потребительской кооперации, 2010. – 155 с. – ISBN 978-5-334-00065-0.
53. Анализ эффективности федерального бюджета: вопросы теории и практики : сборник научных статей / под редакцией С.М. Шахрая, Т.В. Ярыгиной. – Москва : Тиссо-Полиграф, 2006. – 330 с. – ISBN 5-9574-0006-8.
54. Андреев, В.Д. Основы интегрированного риск-ориентированного внутреннего контроля и аудита хозяйствующих субъектов : учебное пособие / В.Д. Андреев. – Москва : Инфра-М, 2019. – 368 с. – ISBN 978-5-9776-0493-2.
55. Андреева, О.В. Оценка эффективности использования государственных средств, направляемых на обеспечение граждан лекарственными средствами (по результатам контрольных мероприятий Счетной палаты РФ в 2008-2011 гг.) / О.В. Андреева, С.С. Бударин // Вестник Росздравнадзора. – 2011. – № 4. – С. 35-41. – ISSN 2070-7940.

56. Андреева, О.В. Опыт внедрения аудита эффективности и расходования государственных средств в здравоохранении : монография / О.В. Андреева, С.С. Бударин. – Москва : Издательство Литтерра, 2010. – 136 с. – 1000 экз. – ISBN 978-5-4235-0019-1.
57. Андреева, О.В. Использование современных форм аудита эффективности в сфере здравоохранения / О.В. Андреева, С.С. Бударин // Вестник Росздравнадзора. – 2014. – № 6. – С. 37-43. – ISSN 2070-7940.
58. Андреева, О.В. К вопросу оценки качества управления ресурсами / О.В. Андреева, А.А. Сайтгареева, С.С. Бударин, О.А. Волкова // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2015. – № 2. – С. 50-55. – ISSN 1812-0555.
59. Андрошина, И.С. Финансовое планирование и бюджетирование : учебное пособие / И.С. Андрошина, А.В. Носов, И.В. Остапенко. – Москва : Издательство МЭИ, 2018. – 74 с. – ISBN 978-5-7046-2008-2.
60. Антипова, Т.В. Государственный финансовый контроль в регионах: учебное пособие / Т.В. Антипова – Пермь : Пермский государственный национальный исследовательский университет, 2014. – 261 с. – ISBN 978-5-7944-2346-4.
61. Арабян, К.К. Аудит. Теория, организация, методика и практика : учебник / К.К. Арабян. – Москва : ЮНИТИ-ДАНА, 2020. – 479 с. – ISBN 978-5-238-03310-5.
62. Арабян, К.К. Аудит в России. Новая концепция развития : монография / К.К. Арабян. – Москва : Ruscience, 2016. – 162 с. – 100 экз. – ISBN 978-5-4365-0762-0.
63. Артеменко, Д.А. Аудит эффективности государственных расходов как методическая основа оценки эффективности системы государственного финансового контроля / Д.А. Артеменко // Научный вестник Южного института менеджмента. – 2013 – № 4. – С. 4-9. – ISSN 2305-3100.
64. Аудит : учебник / А.Д. Шеремет, В.П. Суйц. – 5-е издание, переработанное и дополненное. – Москва : ИНФРА-М, 2006. – 448 с. – ISBN 5-16-002517-0.
65. Аудит эффективности использования медицинского оборудования, закупленного для государственных и муниципальных учреждений здравоохранения

в целях реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2006-2009 годах и истекшем периоде 2010 года, совместно с контрольно-счетными органами Ленинградской области и Республики Татарстан : отчет о результатах контрольного мероприятия. Счетная палата Российской Федерации. – Москва : Бюллетень, 2011. – № 5 (161). – С. 3-95. – ISSN 2712-7907. – Текст : электронный. – URL: <http://www.ach.gov.ru/statements/byulleten-schetnoj-palaty-5-maj-2011-g-612>. (дата обращения: 18.04.2019).

66. Аудит Монтгомери / Ф.Л. Дефлиз, Г.Р. Дженик, В.М. О'Рейлли, М.Б. Хирш ; [перевод с английского] под редакцией Я. В. Соколова. – Москва : Аудит, 1997. – 541 с. – ISBN 5-85177-002-3.

67. Аудит эффективности использования государственных ресурсов в здравоохранении: анализ и результаты / О.В. Андреева, В.О. Флек, Н.Ф. Соковикова ; под редакцией В.П. Горегляда. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 222 с. – ISBN 5-9704-0128-5.

68. Аудит эффективности использования государственных средств на оказание бесплатной медицинской помощи жителям Ленинградской области; Аудит эффективности государственной поддержки агропромышленного комплекса Ленинградской области / под общей редакцией А.В. Васильева в 2-х томах. – Санкт-Петербург : Союз-Дизайн. – 2007, Том 1. – 192 с. – ISBN 978-5-89173-365-7.

69. Афанасьев, М.П. Модернизация государственных финансов : учебное пособие / М.П. Афанасьев, И.В. Кривоногов. – Москва : Издательский Дом ГУ ВШЭ, 2006. – 439 с. – ISBN 5-7598-0437-5.

70. Ахмедова, З.М.-Т. Парламентский финансовый контроль / З.М.-Т. Ахмедова, В. М. Герасимов. – Москва : Финансы и статистика, 2003. – 126 с. – ISBN 5-279-02832-0.

71. Аюбов, Н.А. Финансовый контроль и ревизия в бюджетных учреждениях : учебное пособие / Н.А. Аюбов. – Ставрополь : Ставролит, 2012. – 264 с. – ISBN 978-5-904436-61-2.

72. Аюшиев, А.Д. Финансирование здравоохранения в России: результаты и пути развития / А.Д. Аюшиев, А.М. Баженов. – Иркутск : Издательство БГУЭП, 2005. – 160 с. – ISBN 5-7253-1273-9.

73. Бабичева, Н.Э. Теоретико-методологические основы экономического анализа развития организации на основе ресурсного подхода / Н.Э. Бабичева. – Москва : Финансы и кредит, 2012. – 255 с. – ISBN 978-5-8024-0096-8.
74. Барнгольц, С.Б. Методология экономического анализа деятельности хозяйствующего субъекта : учебное пособие. – Москва : Финансы и статистика, 2003. – 238 с. – ISBN 5-279-02646-8.
75. Башина, О.Э. Программный бюджет Правительства Российской Федерации – 2020 и его нормативное обеспечение в федеральных органах исполнительной власти / О.Э. Башина, О.С. Писецкая // Экономика, Статистика и Информатика. Вестник УМО. – 2014. – № 3. - С. 35-37. – ISSN 1994-7844.
76. Беляев, С.А. Управление ресурсами в системе здравоохранения региона : монография / С.А. Беляев. – Курск : КГМУ, 2017. – 159 с. – 250 экз. – ISBN 978-5-7487-2088-5.
77. Беляков, А.В. Опыт европейского союза в области регулирования здравоохранения / А.В. Беляков. – Москва : Юстицинформ, 2015. – 268 с. – ISBN 978-5-7205-1268-2.
78. Бирман, Л.А. Управленческие решения : учебное пособие / Л.А. Бирман. – 2-е издание. – Москва : Издательство «Дело» АНХ, 2008. – 208 с. – ISBN 978-5-7749-0491-4.
79. Бодяко, А.В. Аудит системы внутреннего контроля в соответствии с международными стандартами аудита / А.В. Бодяко // Аудиторские ведомости. – 2018. – № 1. – С. 5-11. – ISSN 1727-8058.
80. Бойченко, Ю.Я. Результаты внедрения стандарта качества управления ресурсами в учреждениях государственной системы города Москвы в 2014-2016 гг. / Ю.Я. Бойченко, С.С. Бударин, Е.Л. Никонов, Д.В. Мелик-Гусейнов // Московская медицина. – 2017. – № 5(20). – С. 60-67. – ISSN отсутствует.
81. Бойченко, Ю.Я. Реализация индивидуальных программ повышения качества управления ресурсами в стационарных организациях государственной системы здравоохранения г. Москвы / Ю.Я. Бойченко, С.С. Бударин, Е.Л. Никонов // ОРГЗДРАВ: НОВОСТИ, МНЕНИЕ, ОБУЧЕНИЕ. – 2017. – № 3(9). – С. 43-52. – ISSN 2411-8621.

82. Болл, С.В. Стратегические вопросы обеспечения качества товаров и услуг медицинского назначения : монография / С.В. Болл. – Санкт-Петербург : Издательство РГПУ им. А.И. Герцена, 2006. – 191 с. – ISBN 5-8064-1064-1.

83. Боно Э. Шесть шляп мышления / Э. Боно. – Санкт-Петербург : Питер. 1997. – 256 с. – ISBN 5-88782-227-9, 0-14-013784-X. – Текст : электронный. – URL: <https://libking.ru/books/sci-/sci-psychology/187274-edvard-de-bono-shest-shlyap-myshleniya.html>. (дата обращения: 17.09.2019).

84. Борисов, Е.Ф. Экономическая теория : учебник / Е.Ф. Борисов. – Москва : Юристъ, 2002. – 568 с. – ISBN 5-7975-0152-X.

85. Бороненкова, С.А. Управленческий анализ : учебное пособие / С.А. Бороненкова. – Москва : Финансы и статистика, 2004. – 381 с. – ISBN 5-279-02377-9.

86. Бударин, С.С. Анализ результатов диспансеризации определенных групп взрослого населения на основе форм отраслевой статистической отчетности / С.С. Бударин, Ю.В. Эльбек // Вестник Росздравнадзора. – 2020. – № 1. – С. 66-74. – ISSN 2070-7940.

87. Бударин, С.С. Анализ использования ресурсов, необходимых для осуществления деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь амбулаторно / С.С. Бударин, Ю.В. Эльбек // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2018. – № 3(33). – С. 28-35. – ISSN 2219-0678.

88. Бударин, С.С. Аудит эффективности и управление процессом лекарственного обеспечения граждан : монография / С.С. Бударин. – Москва : Научная библиотека, 2018. – 179 с. – 1000 экз. – ISBN 978-5-6041666-3-5.

89. Бударин, С.С. Аудит эффективности в сфере здравоохранения: Опыт национального аудиторского управления Великобритании / С.С. Бударин, Ю.В. Эльбек // Вестник АКСОР. – 2017. – № 1 (41). – С. 156-161. – ISSN 2073-8641.

90. Бударин, С.С. Аудит эффективности использования федеральных и иных ресурсов в сфере здравоохранения / С.С. Бударин // Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2013. – № 2-3 (12-13). – С. 149-153. – ISSN 2220-8453.

91. Бударин, С.С. Практика проведения аудита эффективности использования государственных средств, направляемых в сферу здравоохранения / С.С. Бударин // Вестник Росздравнадзора. – 2011. – № 2. – С. 44-50. – ISSN 2070-7940.

92. Бударин, С.С. Планирование значений показателей оценки качества управления ресурсами в медицинских организациях государственной системы здравоохранения Москвы / С.С. Бударин, Ю.Я. Бойченко, Е.Л. Никонов, Ю.В. Эльбек // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – № 3. Том 27. – С. 303-307. – ISSN 0869-866X.

93. Бударин, С.С. Организация учета платных медицинских услуг и прогнозирование потребности населения в видах и объемах медицинской помощи / С.С. Бударин // Вестник Росздравнадзора. – 2019. – № 3. – С. 75-79. – ISSN 2070-7940.

94. Бударин, С.С. Оценка качества управления ресурсами в амбулаторно-поликлинических учреждениях государственной системы здравоохранения города Москвы / С.С. Бударин, Ю.Я. Бойченко, Е.Л. Никонов // Вестник Росздравнадзора. – 2018. – № 2. – С. 57-64. – ISSN 2070-7940.

95. Бударин, С.С. Опыт внедрения Стационара (Стандарта) качества управления ресурсами в медицинских организациях Москвы / С.С. Бударин // Лабораторная служба. – 2017. – № 2. Том 7. – С. 96-97. – ISSN 0023-6748.

96. Бударин, С.С. Методические подходы к формированию рейтинговой оценки деятельности медицинских организаций и систем здравоохранения в России и за рубежом / С.С. Бударин, Д.В. Мелик-Гусейнов, Ю.Я. Бойченко, Е.Л. Никонов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – № 4. Том 27. – С. 459-463. – ISSN 0869-866X.

97. Бударин, С.С. Использование результатов экспертной деятельности при оценке качества управления ресурсами в медицинской организации / С.С. Бударин, Е.В. Смирнова // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2018. – № 1(31). – С. 40-47. – ISSN 2219-0678.

98. Бударин, С.С. Стандартизация в сфере государственного аудита / С.С. Бударин, Ю.В. Эльбек // Транспортное дело России. 2016. – № 4. – С. 42-44. – ISSN 2072-8689.

99. Бударин, С.С. Эффективная профилактика и государственное регулирование данного процесса / С.С. Бударин, О.А. Волкова, Е.В. Смирнова // Вестник Росздравнадзора. – 2017. – № 1. – С. 45-52. – ISSN 2070-7940.
100. Бударин, С.С. Стандартизация в сфере государственного аудита / С.С. Бударин, Ю.В. Эльбек // Инновационное развитие экономики. – 2016. – № 4(34). – С. 232-239. – ISSN 2223-7984.
101. Бударин, С.С. Организация экспертизы качества медицинской помощи в системе ОМС и ее экспертный потенциал / С.С. Бударин, Е.В. Смирнова // Вестник Росздравнадзора. – 2016. – № 6. – С. 13-23. – ISSN 2070-7940.
102. Бударин, С.С. Оценка достаточности ресурсов медицинских организаций для достижения результатов / С.С. Бударин, Ю.В. Эльбек // Здравоохранение Российской Федерации. – 2019. – № 4. – С. 172-179. – ISSN 0044-197X.
103. Бударин, С.С. Оценка качества управления ресурсами медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы в 2018 году / С.С. Бударин // Труды Научно-исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента : сборник научных трудов. – Москва : ГБУ «НИОЗММ ДЗМ». 2019. – С. 28-31. – ISBN отсутствует.
104. Булыга, Р.П. Классификация и стандартизация финансового контроля и аудита / Р.П. Булыга // Учет. Анализ. Аудит – 2017. – № 6. – С. 6-19. – ISSN 2408-9303.
105. Бурцев, В.В. Организация системы государственного финансового контроля в Российской Федерации: Теория и практика : монография / В.В. Бурцев. – Москва : Дашков и К°, 2002. – 495 с. – 500 экз. – ISBN 5-94798-084-3.
106. Бухарбаева, Л.Я. Проблемы управления ресурсами здравоохранения / Л.Я. Бухарбаева, Х.Н. Гизатуллин. – Уфа : Гилем, 2006. – 106 с. – ISBN 5-7501-0755-8.
107. Бухгалтерский учет : учебное пособие / И.И. Бочкарева, Г.Г. Левина. – Санкт-Петербург : ОЦЭиМ, 2002. – 336 с. – ISBN 5-356-0075-8.
108. Бухгалтерский учет и анализ : учебник / А.Е. Суглобов, Б.Т. Жарылгасова, О.Н. Грабова [и др.] ; под редакцией А.Е. Суглобова. – 2-е издание. – Москва : РИОР: ИНФРА-М, 2019. – 488 с. – ISBN 978-5-369-01790-6.



109. Бюджетирование: теория и практика: учебное пособие (бакалавриат) / Л.С. Шаховская, Е.Г. Попкова, В.В. Хохлов [и др.] – 3-е издание, переработанное и дополненное. – Москва : КНОРУС, 2017. – 411 с. – ISBN 978-5-406-05958-6.
110. Бюджетирование в медиаорганизации : учебное пособие / С.А. Бескорвайная, В.А. Бирюков, М.В. Ливсон. – Москва : Московский политехнический университет, 2019. – 240 с. – ISBN 978-5-6042655-4-3.
111. Бюджетирование в системе управленческого учета : учебное пособие / В.Е. Гладкова, В.В. Жариков, О.В. Коробова, Н.В. Наумова. – Москва : Наука и образование, 2015. – 218 с. – ISBN 978-5-9907008-4-0.
112. Бюджетирование шаг за шагом / Е. Добровольский, Б. Карабанов, П. Боровков, Е. Глухов. – Санкт-Петербург : Питер, 2014. – 480 с. – ISBN 5-496-00886-0.
113. Бюджетная система Российской Федерации: учебник / А.М. Годин, В.П. Горегляд, И.В. Подпорина. – 4-е издание, исправленное и дополненное. – Москва : Дашков и К°, 2006. – 564 с. – ISBN 5-91131-160-7.
114. Бычкова, С.М. Аудиторская деятельность : Теория и практика / С.М. Бычкова. – Санкт-Петербург : Издательство «Лань», 2000. – 317 с. – ISBN 5-8114-0234-1.
115. Валеев, А.Р. Методические рекомендации по проведению аудита эффективности использования государственных (муниципальных) средств, выделяемых на реформирование и модернизацию жилищно-коммунального комплекса / А.Р. Валеев. – Казань : Казанский университет, 2013. – 76 с. – ISBN 978-5-00019-106-4.
116. Валеев, А.Р. Методические рекомендации по организации системы внутреннего (ведомственного) контроля главного распорядителя бюджетных средств / А.Р. Валеев. – Казань : Казанский университет, 2013. – 29 с. – ISBN 978-5-00019-104-0.
117. Васильева, М.В. Развитие государственного финансового контроля в Российской Федерации: методология, методика, концепция : монография / М.В. Васильева. – Волгоград : Волгоградское научное издательство, 2009. – 498 с. – 500 экз. – ISBN 978-5-98461-624-9.

118. Внедрение аудита эффективности использования государственных средств в практику деятельности контрольно-счетных органов Российской Федерации : учебно-практическое пособие / под общей редакцией С.В. Степашина. – ISBN отсутствует – Текст : электронный. – URL: <https://textarchive.ru/c-2941255-pall.html> (дата обращения: 21.05.2019).

119. Войтов, А.Г. Эффективность труда и хозяйственной деятельности. Методология измерения и оценки / А.Г. Войтов. – Москва : Издательско-торговая корпорация «Дашков и К», 2015. – 232 с. – ISBN 978-5-394-01603-5.

120. Волкова, В.Н. Теория систем и системный анализ: учебник для бакалавров / В.Н. Волкова, А.А. Денисов. – 2-е издание, переработанное и дополненное. – Москва : Юрайт, 2013. – 616 с. – ISBN 978-5-9916-2544-9.

121. Воронин, Ю.М. Государственный финансовый контроль: вопросы теории и практики / Ю.М. Воронин. – Москва : Финансовый контроль, 2005. – 432 с. – ISBN 5-902048-47-8.

122. Воронина, Л. И. Аудиторская деятельность. Основы организации: сущность, виды и принципы аудита, стадии проведения аудиторской проверки, международные и национальные стандарты аудита, вопросы и задания для самопроверки: учебно-практическое пособие / Л.И. Воронина. – Москва : Эксмо, 2007. – 333 с. – ISBN 978-5-699-20996-5.

123. Временные методические рекомендации по планированию и проведению аудита эффективности расходования государственных средств и использования федеральной собственности (утверждены решением Коллегии Счетной палаты Российской Федерации от 13 апреля 2007 года, протокол № 16К(534)) [утратило силу]. – ISBN отсутствует – Текст : электронный. - URL: <http://audit.gov.ru/documents/archiv/> (дата обращения: 12.02.2019).

124. Высший орган контроля Республики Польша. [Najwyzsza izba kontroli]. – Текст : электронный. – URL: <https://www.nik.gov.pl/en/about-us/> (дата обращения: 10.01.2019).

125. Габуева, Л.А. Механизмы эффективного финансирования в здравоохранении / Л.А. Габуева ; под общей редакцией В.И. Стародубова. – Москва : МЦФЭР, 2007. – 287 с. – ISBN 978-5-7709-0490-1.

126. Габуева, Л.А. Оплата труда персонала медицинских организаций. Эффективный контракт : учебно-методическое пособие / Л.А. Габуева, Э.В. Зимица. – Москва : Проспект, 2015. – 295 с. – ISBN 978-5-392-15509-5.

127. Гадаборшев, М.И. Организация, оценка эффективности и результативности оказания медицинской помощи : монография / М.И. Гадаборшев, М.М. Левкевич, Н.В. Рудлицкая. – Москва : ИНФРА-М, 2013. – 423 с. – 500 экз. – ISBN 978-5-16-006315-7.

128. Гаджиев, Р.С. Экономика здравоохранения: учебное пособие для студентов медицинских вузов / Р.С. Гаджиев. – Москва: Медицина, 2003. – 463 с. – ISBN 5-225-04344-5.

129. Гайдуков, А.И. Логистика медикаментов как точка оптимизации затрат медицинских организаций / А.И. Гайдуков, Д.Б. Жупанова, Е.Л. Реброва, С.Г. Кузнецова // Менеджмент в здравоохранении. – 2018. – № 4. – С. 30-38. – ISSN 1811-0185. – DOI: отсутствует. – Текст : электронный. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/logistika-medikamentov-kak-tochka-optimizatsii-zatrat-meditsinskih-organizatsiy/viewer/>. (дата обращения: 25.09.2019).

130. Галкина, Е.В. Аудит эффективности и контроллинг в инновационном процессе / Е.В. Галкина // Аудиторские ведомости. – 2008. – № 4. – С. 60-69. – ISSN 1727-8058.

131. Герасимов, А.Н. Медицинская статистика : учебное пособие / А.Н. Герасимов. – Москва : ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. – 480 с. – ISBN 5-89481-456-1.

132. Гильдеева, Г.Н. Референтное ценообразование на лекарственные препараты в странах Европы / Г.Н. Гильдеева, Д.А. Старых // Проблемы социальной медицины, здравоохранения и истории медицины. – 2013. – № 3. – С. 45- 49. – ISSN 0869-866X.

133. Гиниятуллина, Д.Р. Совершенствование внутреннего аудита в государственном секторе / Д.Р. Гиниятуллина // Учет. Анализ. Аудит – 2019. – № 1. Том 6. – С. 96-100. – ISSN 2408-9303.

134. Гнездова, Ю.В. Государственный аудит в системе финансового контроля: учебник для магистрантов, обучающихся по направлению подготовки

«Государственный аудит» / Ю.В. Гнездова, Е.Е. Матвеева. – Москва : ЮНИТИ, 2017. – 151 с. – ISBN 978-5-238-02973-3.

135. Голикова, Т.А. Одна треть государственных программ неэффективна / Т.А. Голикова // Вестник АКСОР. – 2017. – № 2 (42). – С. 3-4. – ISSN 2073-8641.

136. Горегляд, В.П. Бюджет как финансовый регулятор экономического развития / В.П. Горегляд. – Москва : Экономика, 2002. – 299 с. – ISBN 5-282-02156-0.

137. Горегляд, В.П. Мировой кризис и парадигмы государственного финансового регулирования / В.П. Горегляд. – Москва : ФГБОУ ВПО РЭУ им. Г.В. Плеханова, 2013. – 298 с. – ISBN 978-5-7307-0943-0.

138. Государственный реестр предельных отпускных цен производителей на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов. – Текст : электронный. – URL: <https://minzdrav.gov.ru/opendata/7707778246-gosreestrpredelnyhotpusknyhcen/visual> (дата обращения: 15.07.2019).

139. Государственные и муниципальные финансы: бюджетная система Российской Федерации: учебник / под редакцией А.З. Дадашева. – Москва : НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА, 2018. – 240 с. – ISBN 978-5-6040214-5-3.

140. Государственный и финансовый контроль в Российской Федерации: проблемы и решения : сборник материалов 3-й Международной заочной научно-практической конференции. – Москва : Научный консультант, 2016. – 335 с. – ISBN 978-5-9500354-2-5.

141. Грачев, А.В. Финансовая устойчивость предприятия: анализ, оценка и управление: учебно-практическое пособие / А.В. Грачев. – Москва : Дело и Сервис, 2004. – 192 с. – ISBN 5-8018-0229-0.

142. Гринева, Н.В. Экономико-математическое моделирование: математическое моделирование микроэкономических процессов и систем : учебное пособие / Н.В. Гринева. – Москва : Финакадемия, 2008. – 104 с. – ISBN 978-5-7942-0589-3.

143. Гришин, В.В. Финансовый контроль как инструмент принятия управленческого решения / В.В. Гришин, Г.В. Надарейшвили // Право и управление. XXI век. – 2013. – № 1 (26). – С. 37-46. – ISSN 2073-8420.

144. Гусарова, Л. В. Концепция бухгалтерского учета, аудита и анализа в некоммерческих организациях : монография / Л.В. Гусарова. – Казань : Издательство «Познание» Института экономики, управления и права, 2009. – 264 с. – ISBN 978-5-8399-0306-7. – Текст : электронный. – DOI отсутствует – URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=257497> (дата обращения 21.10.2019).
145. Гусева, Н.М. Развитие государственного финансового контроля: анализ опыта России и зарубежных стран : монография / Н.М. Гусева. – Москва : МЭСХ, 2014. – 224 с. – 500 экз. – ISBN 978-5-9904440-8-9.
146. Данилова, Н.В. Материально-технические ресурсы здравоохранения: учебное пособие / Н.В. Данилова ; под редакцией В.И. Стародубова. – Москва : Издательский дом Академии Естествознания, 2019. – 59 с. – ISBN 978-5-91327-582-0.
147. Двуреченских, В.А. От внешнего аудита бюджетов к государственному аудиту / В.А. Двуреченских // Вестник АККОР. – 2007. – № 1 (1). – С. 156-161. – ISSN 2073-8641.
148. Двуреченских, В.А. Аудит эффективности – работа на длительную перспективу / В.А. Двуреченских // Вестник АККОР. – 2016. – № 2 (38). – С. 112- 113. – ISSN 2073-8641.
149. Двуреченских, В.А. Государственный аудит / В.А. Двуреченских // Вестник Российского экономического университета им. Г.В. Плеханова. – 2009. – № 4 (28). – С. 32 - 42. – ISSN 2413-2829.
150. Двуреченских, В.А. Основы государственного аудита / В.А. Двуреченских. – Москва : Патриот, 2011. – 447 с. – ISBN 978-5-7030-1076-1.
151. Дементьев, Д.В. Бюджетная система Российской Федерации / Д.В. Дементьев. – 3-е издание, переработанное и дополненное – Москва : КНОРУС, 2017. – 332 с. – ISBN 978-5-406-04900-6.
152. Дмитриева, И.Н. Методические основы получения аудиторской выборки / И.Н. Дмитриева // Аудиторские ведомости. – 2017. – № 11. – С. 13-18. – ISSN 1727-8058.
153. Донцова, Л.В. Бенчмаркинг как инструмент оценки эффективности системы внутреннего контроля : монография / Л.В. Донцова, М.М. Шарамко, И.Р. Гарипов, Э.Р. Мубаракшина ; под общей редакцией Л.В. Донцовой. – Москва :

Перспектив, 2016. – 128 с. – ISBN 978-5-392-21563-8. Текст : электронный. – DOI отсутствует – URL: <https://book.ru/book/920952> (дата обращения: 21.11.2019).

154. Дьякова, Е.Б. Финансовый механизм бюджетного регулирования: теория и методология / Е.Б. Дьякова // Философия социальных коммуникаций. – 2011. – № 2. – С. 136–146. – ISSN 2072-2435.

155. Егоров, И.И. Система внешнего финансового контроля Ульяновской области: технология работы / И.И. Егоров // Вестник АККОР. – 2017. – № 3-4 (43). – С. 33-36. – ISSN 2073-8641.

156. Егорова, Е.М. Аудит эффективности бюджетных расходов / Е.М. Егорова, Н. Н. Балашова. – Волгоград : Нива, 2008. – 94 с. – ISBN 978-5-85536-377-7.

157. Егорова, И.С. Аудит эффективности использования государственных ресурсов : учебное пособие / И.С. Егорова. – Москва – Брянск : Новый проект, 2018. – 234 с. – ISBN 978-5-6041353-4-1.

158. Екимова, К.В. Финансы организаций (предприятий) : учебник / К.В. Екимова, Т. В. Шубина. – Москва : ИНФРА-М, 2013. – 373 с. – ISBN 978-5-16-005759-0.

159. Елисеев, А.В. Аудит эффективности использования государственных и муниципальных ресурсов : текст лекций / А.В. Елисеев, С. В. Журавлева – Челябинск : Издательский центр ЮУрГУ, 2015. – 23 с. – ISBN отсутствует.

160. Ельсиновская, С.О. Эффективное управление ресурсами медицинского учреждения / С.О. Ельсиновская. – Санкт-Петербург : Бонниер Бизнес Пресс, 2009. – 559 с. – ISBN 978-5-902298-72-4.

161. Ермасова, Н.Б. Государственные и муниципальные финансы: теория и практика в России и в зарубежных странах : учебное пособие для студентов высших учебных заведений / Н.Б. Ермасова. – 2-е издание, переработанное и дополненное. – Москва : Высшее образование, 2008. – 516 с. – ISBN 978-5-9692-0169-9.

162. Ершова, И.В. Правовое регулирование аудиторской деятельности в Российской Федерации / И.В. Ершова, А.А. Ершов. – Москва : Юриспруденция, 2011. – 280 с. – ISBN 978-5-9516-0534-4.

163. Жильцов, В.И. Оценка эффективности в системе государственной службы : учебное пособие / В.И. Жильцов. – Москва : ООО «Перспект», 2019. – 96 с. – ISBN 978-5-392-29753-5.

164. Жидкова, О.И. Медицинская статистика : конспект лекций / О.И. Жидкова // PLAM.ru онлайн библиотека. – ISBN отсутствует. – Текст : электронный. – DOI отсутствует – URL: [http://www.plam.ru/nauchlit/medicinskaja\\_statistika\\_konspekt\\_lekcii/index.php](http://www.plam.ru/nauchlit/medicinskaja_statistika_konspekt_lekcii/index.php) (дата обращения 11.02.2019).

165. Жуков, В.Н. Развитие системы внутреннего финансового контроля в транспортных корпорациях с государственным участием : монография / В.Н. Жуков. – 2-е издание, переработанное и дополненное. – Москва : Инфра-М, 2019. – 306 с. – 1000 экз. – ISBN 978-5-16-015605-7.

166. Здоровцов, Г.И. Ресурсы здравоохранения в условиях обязательного медицинского страхования. Современное состояние, пути развития (региональный аспект) / Г.И. Здоровцов. – Москва : ТЭИС, 2001. – 335 с. – ISBN 5-7218-0382-7.

167. Здравоохранение и общественное здоровье : учебник ; под редакцией Г.Н. Царик. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 912 с. – ISBN 978-5-9704-4327-9.

168. Злобин, А.Н. Управление ресурсами здравоохранения в субъекте Российской Федерации / А.Н. Злобин. – Тверь : Альба плюс, 2003. – 303 с. – ISBN 5-9226-0026-5.

169. Зырянова, Т.В. Аудит как вид контроля экономических субъектов в строительстве : монография / Т.В. Зырянова, Е.В. Манакова. – Екатеринбург : Редакционно-издательское отделение Уральского института - филиала РАНХиГС, 2015. – 101 с. – 500 экз. – ISBN 978-5-8056-0337-3.

170. Зырянова, Т.В. Стандартизация аудита экономических субъектов строительства в условиях интеграции их деятельности : монография / Т.В. Зырянова, Е.В. Манакова. – Екатеринбург : УМЦ УПИ, 2017. – 138 с. – 500 экз. – ISBN 978-5-8295-0535-6.

171. Зырянова, Т.В. Стандартизация государственного финансового контроля: Россия и мировой опыт / Т.В. Зырянова, А.А. Бородиневская // Бухгалтерский учет в бюджетных и некоммерческих организациях. – 2007. – № 11. – С. 32-38. – ISSN 2079-6714.

172. Зырянова, Т.В. Финансовый контроль: аспекты теории и практики / Т.В. Зырянова, Н.И. Даниленко, О.Е. Терехова. – Екатеринбург : Библиотечка журнала. «ЧиновникЪ», 2007. – 274 с. – ISBN 978-5-8056-0131-7.

173. Иванов, В.В. Государственное и муниципальное управление с использованием информационных технологий / В.В. Иванов, А.Н. Коробова. – Москва : ИНФРА-М, 2011. – 381с. – ISBN 978-5-16-004281-7.

174. Иванова, Е.И. Аудит эффективности в рыночной экономике : учебное пособие / Е.И. Иванова, М.В. Мельник, В.И. Шлейников; под редакцией С.И. Гайдаржи. – Москва : Кнорус, 2007. – 325 с. – ISBN 978-5-85971-741-5.

175. Иванова, Е.И. О необходимости гармонизации систем внутреннего и внешнего финансового контроля / Е.И. Иванова // Вестник АКСОР. – 2017. – № 1 (41). – С. 15-20. – ISSN 2073-8641.

176. Избранные лекции по общественному здоровью и здравоохранению: учебное пособие ; под редакцией члена-корреспондента РАМН, проф. В.З. Кучеренко. – Москва : ОАО «Издательство «Медицина», 2010. – 464 с. – ISBN 5-225-03464-0.

177. Измоденов, А.К. Стандартизация деятельности контрольно-счетных органов / А.К. Измоденов // Вестник АКСОР. – 2013. – № 4 (28). – С. 44-50. – ISSN 2073-8641.

178. Инновационный путь развития для новой России : монография ; под редакцией В.П. Горегляда. – Москва : Наука, 2005. – 343 с. – 3000 экз. – ISBN 5-02-034930-5.

179. Информатика и медицинская статистика ; под редакцией Г.Н. Царик. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 304 с. – ISBN 978-5-9704-4243-2.

180. Информационное сопровождение управления ресурсами здравоохранения села / Н.А. Баянова, Е.Л. Борщук, А.А. Калининская [и др.]; под редакцией В.И. Стародубова, И.М. Сон. – Оренбург : Типография «Агентство Пресса», 2018. – 206 с. – ISBN 978-5-6041813-7-9.

181. Информационные системы в экономике : учебное пособие / А.Н. Кривцов, Т.А. Лёзина, А.Н. Порошин, В.В. Скачкова, А.В. Юрков ; под редакцией Т.А. Лёзиной – Санкт-Петербург : СПбГУ, 2004. – 100 с. – 300 экз. – ISBN отсутствует.



182. Информационно-статистические методы решения эконометрических, социологических и психометрических задач : монография / С.В. Юдин, А.С. Юдин – Москва : ИНФРА-М, 2018. – 199 с. – ISBN 978-5-16-013475-8.
183. Ираева, Н.Г. Финансы, анализ бюджетных учреждений : учебное пособие / Н.Г. Ираева, Г.Х. Азнабаева. – Уфа : Уфимский государственный университет экономики и сервиса, 2014. – 123 с. – ISBN 978-5-88469-663-9.
184. Исмагилова, Л.А. Экономико-математическое моделирование и управление системой здравоохранения / Л.А. Исмагилова, Л.Я. Бухарбаева. – Москва : Машиностроение, 2005. – 289 с. – ISBN 5-217-03319-3.
185. Кабанова, О.В. Государственный аудит и измерение социального развития / О.В. Кабанова // Вестник АКСОП. – 2011. – № 3 (18). – С. 47-52. – ISSN 2070-7940.
186. Калабихина, И.Е. Социальное бюджетирование : учебное пособие / И.Е. Калабихина. – Москва : Экономический факультет МГУ имени М.В. Ломоносова, 2016. – 128 с. – ISBN 978-5-906783-27-1.
187. Калиничева, Р.В. Внутренний аудит: организация, технология и экономическая эффективность : учебное пособие / Р.В. Калиничева, А.В. Шохнех. – Волгоград : Издательский дом Центрсоюза, 2013. – 191 с. – ISBN 978-5-901709-15-3.
188. Калиничева, Р.В. Организация, технология и экономическая эффективность деятельности внутреннего аудита : учебное пособие / Р.В. Калиничева, А.В. Шохнех. – Волгоград : Волгоградское научное издательство, 2005. – 202 с. – ISBN 5-98461-178-3.
189. Каплан, Р.С. Сбалансированная система показателей. От стратегии к действию / Р.С. Каплан, Д.П. Нортон // Москва : ЗАО «Олимп-Бизнес», 2003. – 210 с. – ISBN отсутствует. Текст : электронный. – DOI отсутствует – URL: <https://pqm-online.com/assets/files/lib/books/norton1.pdf> (дата обращения: 19.05.2019).
190. Капран, Н.П. Основы государственного финансового контроля : учебное пособие / Н.П. Капран, С.Н. Новиков, В.А. Привезенцев ; под научной редакцией В.В. Качака. – Москва : Аналитический центр, 2015. – 74 с. – ISBN 978-5-904670-32-0.
191. Качкова, О.Е. Научное обоснование и разработка системы управления рисками для осуществления внутреннего финансового аудита в государственных

(муниципальных) учреждениях : монография / О.Е. Качкова. – Москва : Русайнс, 2017. – 228 с. – 500 экз. – ISBN 978-5-4365-1627-1.

192. Каширская, Л.В. Бюджетные учреждения. Учет и финансовый контроль : межвузовский учебник / Л.В. Каширская, А.А. Ситнов, О.В. Молчанова. – Москва: ЮНИТИ, 2019. – 327 с. – 500 экз. – ISBN 978-5-238-03191-0.

193. Киселева, Л.С. Здоровье как экономический ресурс / Л.С. Киселева. – Тюмень: Тюменский ГНГУ, 2011. – 223 с. – ISBN 978-5-9961-0397-3.

194. Кисилевич, Т.И. Внешний аудит санаторно-курортных организаций : практическое пособие / Т.И. Кисилевич, Е.К. Воробей; под редакцией Л.В. Сотниковой. – Москва : ЮНИТИ : Аудит, 2004. – 158 с. – ISBN 5-238-00641-1.

195. Ковалева, Э.Р. Государственный финансовый контроль в схемах и таблицах : учебно-наглядное пособие / Э.Р. Ковалева, Г.Т. Гафурова, З.С. Якупов. – Казань : Познание, 2017. – 307 с. – ISBN 978-5-8399-0624-2.

196. Комягин, Д.Л. Бюджетное право / Д.Л. Комягин. – Москва : Издательский дом Высшей школы экономики, 2017. – 590 с. – ISBN 978-5-7598-1398-9.

197. Концептуальные основы и институциональные аспекты развития внешнего государственного аудита в современной экономике: монография ; под редакцией М.Г. Полозкова. – Москва : РУСАЙНС, 2015. – 151 с. – ISBN 978-5-4365-0209-0.

198. Концепция бухгалтерского учета в «новой» экономике : монография ; под редакцией Н.Н. Парасоцкой [и др.]. – Москва : РУСАЙНС, 2017. – 262 с. – ISBN 978-5-4365-1004-0.

199. Косаренко, Н.Н. Государственный финансовый контроль: публично-правовое регулирование : монография / Н. Н. Косаренко. – Москва : Ruscience, 2019. – 214 с. – 1000 экз. – ISBN 978-5-4365-3008-6.

200. Крикунов, А.В. Сущность, организация и перспективы государственного финансового контроля в Российской Федерации / А.В. Крикунов. – Санкт-Петербург : Издательство Санкт-Петербургского государственного университета экономики и финансов, 2001. – 245 с. – ISBN 5-7310-1330-0.

201. Крохина, Ю.А. Правовое регулирование государственного аудита в России и зарубежных странах: сравнительный анализ / Ю.А. Крохина // Вестник АКСОР. – 2012. – № 4 (24). – С. 24-31. – ISSN 2073-8641.

202. Крохина, Ю.А. Актуальные проблемы правового обеспечения региональных и муниципальных Счетных палат / Ю.А. Крохина // Вестник АКСОР. – 2013. – № 1 (25). – С. 28-32. – ISSN 2073-8641.

203. Круглов, М.Г. Инновационный проект: управление качеством и эффективностью : учебное пособие / М.Г. Круглов. – Москва : Издательский дом «Дело» РАНХиГС, 2011. – 336 с. ISBN 978-5-7749-0534-8.

204. Кузнецов, В.Н. Анализ финансовой отчетности : учебное пособие / В.Н. Кузнецов, М.В. Мельник, С.А. Соловьева. – Тверь : Тверской государственный технический университет, 2006. – 167 с. – ISBN 5-7995-0369-4.

205. Кукелко, Д.В. Методы государственного аудита: финансовый аудит и аудит эффективности : сборник статей / под редакцией М.М. Журавлёва [и др.]. – Томск : Издательство Томского университета, 2010. – Часть 46. – С. 160-162. – ISBN: 978-5-7511-1927-0.

206. Лагутин, И.Б. Бюджетный контроль и бюджетный аудит в Российской Федерации: проблемы системности и особенности правового регулирования : монография / И.Б. Лагутин; под редакцией Н.М. Артемова. – Москва : Юрлитинформ, 2015. – 366 с. – ISBN 978-5-4396-0850-8.

207. Любушин, Н.П. Финансовый анализ : учебник для студентов, обучающихся по направлению «Экономика» / Н.П. Любушин, Н.Э. Бабичева. – 2-е издание, переработанное и дополненное. – Москва : Эксмо, 2010. – 331 с. – ISBN 978-5-699-35355-2.

208. Магомедова, Т.В. Совершенствование организации государственного финансового контроля : монография / Т.В. Магомедова, Р.Д. Шапазова – Махачкала : ДГТУ, 2018. – 105 с. – 300 экз. – ISBN 978-5-907060-06-7.

209. Макаркин, Н. П. Развитие государственного финансового контроля в бюджетной сфере : монография / Н.П. Макаркин, Н.Н. Семенова, С.М. Макейкина. – Саранск : Издательство Мордовского университета, 2017. – 136 с. – 300 экз. – ISBN 978-5-7103-3468-3.

210. Малаховская, М.В. Институциональные и технологические основания модернизации здравоохранения / М.В. Малаховская. – Томск : Издательский Дом Томского государственного университета, 2016. – 333 с. – ISBN 978-5-94621-532-9.
211. Малган, Д. Искусство государственной стратегии / Д. Малган; перевод с английского Ю. Каптуревского. – Москва : Издательство Института Гайдара, 2011. – 469 с. – ISBN 978-5-93255-305-3.
212. Маслова, В.М. Аудит системы управления персоналом в организации / В.М. Маслова // Аудиторские ведомости. – 2019. – № 3. – С. 17-20. – ISSN 1727-8058.
213. Маслова, Т.С. Контроль и ревизия в бюджетных учреждениях : учебное пособие / Т.С. Маслова. – 2-е издание, переработанное – Москва : Магистр: ИНФРА-М, 2017. – 335 с. – ISBN 978-5-9776-0446-8.
214. Матвеева, Е.Е. Система государственного финансового контроля и аудита в РФ: проблемы и перспективы / Е.Е. Матвеева. – Смоленск : Маджента, 2016. – 163 с. – ISBN 978-5-98156-752-0.
215. Математическое моделирование макроэкономических процессов и систем: Сборник экономико-математических задач для проведения case-study : учебное пособие / В.А. Бывшев, М.Ю. Михалева. – Москва : Финакадемия, 2010. – 68 с. – ISBN 978-5-7942-0714-9.
216. Медик, В.А. Заболеваемость населения: история, современное состояние, методология изучения / В.А. Медик. – Москва : Медицина, 2003. – 512 с. – ISBN 5-225-04658-4.
217. Медик, В.А. Руководство по статистике здоровья и здравоохранения : учебное пособие / В.А. Медик, М.С. Токмачев. – Москва : Медицина, 2006. – 528 с. – ISBN 5-225-03984-7.
218. Медик, В.А. Статистика здоровья населения и здравоохранения : учебное пособие / В.А. Медик, М.С. Токмачев. – Москва : Финансы и статистика, 2009. – 365 с. – ISBN 978-5-279-03372-0.
219. Медицинская информатика : учебник ; под общей редакцией Т.В. Зарубиной, Б.А. Кобринского. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 512 с. – ISBN 978-5-9704-3689-9.
220. Методические рекомендации по внедрению Стандарта качества управления ресурсами в государственных учреждениях Департамента

здравоохранения города Москвы. Методические рекомендации № 43 / С.С. Бударин, Д.В. Мелик-Гусейнов, О.А. Волкова [и др.]. – Москва : Департамент здравоохранения Москвы, 2017. – 79 с. – ISBN 978-5-9631-0686-0.

221. Международные стандарты финансовой отчетности : учебник / Т.В. Шишкова, Е.А. Козельцева. – 3-е издание, переработанное и дополненное. – Москва : ИНФРА-М, 2019. – 265 с. – ISBN 978-5-16-013583-0.

222. Мировой атлас данных темы здравоохранение. Общие расходы на здравоохранение (% от ВВП). Расходы на здравоохранение на душу населения. – Текст : электронный. URL: <https://knoema.ru/atlas/topics> (дата обращения: 28.11.2019).

223. Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи, оказываемой по Территориальной программе обязательного медицинского страхования города Москвы на 2019 год. Текст : электронный. – URL: <https://www.mgfoms.ru/medicinskie-organizacii/tarifi/2019> (дата обращения: 28.03.2019).

224. Медико-демографические показатели Российской Федерации в 2017 году. Статистический справочник / Минздрав России. – Москва : 2018. – 264 с. – ISBN отсутствует. Текст : электронный. – URL: [https://mednet.ru/images/materials/statistika/mediko-demograficheskie\\_pokazateli\\_rf\\_2017.pdf](https://mednet.ru/images/materials/statistika/mediko-demograficheskie_pokazateli_rf_2017.pdf). (дата обращения: 28.03.2019).

225. Мельник, М.В. Бухгалтерский учет и анализ : учебник / М.В. Мельник, Н.К. Муравицкая, Е.Б. Герасимова. – 2-е издание. – Москва : КноРус, 2016. – 355 с. – ISBN 978-5-406-05165-8.

226. Мельник, М.В. Новые повороты учета, анализа и аудита / М.В. Мельник // Учет. Анализ. Аудит. – 2018. – №1. Том 5. – С. 110-124. – ISSN 2408-9303.

227. Мельник, М.В. Теоретико-методическая основа государственного аудита / М.В. Мельник, С.С. Бударин // Экономика и управление: проблемы, решения. – 2016. – № 3. Том 1. – С. 3-11. – ISSN 2227-3891.

228. Мельник, М.В. Новый виток развития контрольных и аналитических процессов в цифровой экономике / М.В. Мельник // Учет. Анализ. Аудит. – 2019. – № 1. Том 6. – С. 96-100. – ISSN 2408-9303.

229. Мельник, М.В. Ревизия и контроль: тесты и задачи : учебное пособие / М.В. Мельник, А.С. Пантелеев, А.Л. Звездин. - 2-е издание. – Москва : КноРус, 2006. – 260 с. – ISBN 5-85971-461-0.
230. Мельник, М.В. Экономический анализ в аудите : учебное пособие / М.В. Мельник, В.Г. Когденко. – Москва : ЮНИТИ, 2007. – 542 с. – ISBN 978-5-238-01165-3.
231. Мельник, М.В. Экономический анализ в схемах и таблицах : учебник / М.В. Мельник, С.И. Соцкова, Г.А. Шатунова. – Самара : Самарский государственный экономический университет, 2014. – 463 с. – ISBN 978-5-94622-495-6.
232. Мельничук, И.П. Государственный финансовый контроль за государственными и муниципальными предприятиями / И.П. Мельничук. – Москва : Юркнига, 2005. – 143 с. – ISBN 5-9589-0044-7.
233. Мельникова, М.С. Оптимизация системы финансирования здравоохранения: обзор результатов анкетирования / Л.С. Мельникова, А.П. Татаринов // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2016. – № 2. – С. 41- 57. – ISSN 2219-0678. – Текст : электронный. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/optimizatsiya-sistemy-finansirovaniya-zdravoohraneniya-obzor-rezultatov-anketirovaniya> (дата обращения: 19.05.2019).
234. Методика проведения аудита эффективности использования государственных средств (принята решением Коллегии Счетной палаты РФ от 23 апреля 2004 г. протокол № 13 (383) [утратило силу]. – Текст : электронный. - URL: <https://base.garant.ru/12160250/> (дата обращения: 19.05.2019).
235. Микони, С. В. Теория принятия управленческих решений / С.В. Микони. – Санкт-Петербург : Издательство «Лань», 2015. – 448 с. – ISBN 978-5-8114-1875-6.
236. Михеева, Е. Н. Управление качеством : учебник: для студентов вузов, обучающихся по группе специальностей «Экономика и управление» / Е.Н. Михеева, М.В. Сероштан. – 2-е издание, переработанное и дополненное. – Москва : Дашков и К°, 2014. – 530 с. – ISBN 978-5-394-01078-1.
237. Модернизация российского здравоохранения – основа обеспечения доступности и качества медицинской помощи населению / В.О. Флек, Д.А. Зинланд.

– Санкт-Петербург : Издательство Политехнического университета, 2011. – 440 с.  
– ISBN 978-5-7422-2935-3.

238. Модернизация финансового обеспечения Российской системы здравоохранения в свете современных реформ / О.В. Андреева, К.Н. Самойлова, А.С. Такмазян. – Ростов-на-Дону : АзовПечать, 2013. – 211 с. – ISBN 978-5-4382-0108-3.

239. Моняк, С.Г. Администрирование государственного финансового контроля / С.Г. Моняк. – Краснодар : КрУ МВД России, 2014. – 210 с. – ISBN 978-5-9266-0728-1.

240. Назаренко, Г.И. Качество медицинской помощи: управление, измерение, безопасность, информатизация : учебное пособие / Г.И. Назаренко, Е.И. Полубенцева. – Москва : Медицина XXI, 2004. – 431 с. – ISBN 5-902364-15-9.

241. Начала государственного аудита ; под общей редакцией В.А. Двуреченских. – Москва : Издательский дом «Финансовый контроль», 2006. – 256 с. – ISBN 5-902048-62-1.

242. Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь. Методические рекомендации [утверждены Минздравом России 30 июля 2019 г.]. – Текст : электронный. URL: <https://base.garant.ru/72205018/> (дата обращения: 12.01.2020).

243. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / Ю.П. Лисицын, Г.Э. Улумбекова. – 3-е издание, дополненное и переработанное. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 544 с. – ISBN 978-5-9704-3291-4.

244. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник ; под редакцией Г.Н. Царик. – Кемерово : ООО «ИНТ», 2016. – 992 с. – ISBN 978-5-8151-0117-3.

245. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / Н.И. Вишняков, О.А. Гусев, Л.В. Кочорова [и др.]. – 9-е издание, исправленное и дополненное. – Москва : МЕДпресс-информ, 2018. – 880 с. – ISBN 978-5-00030-565-2.

246. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / Ю.Г. Элланский, А.Р. Квасов, Т.Ю. Быковская [и др.]. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 624 с. – ISBN 978-5-9704-5033-8.

247. Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения : учебник в 2 томах ; под редакцией В.З. Кучеренко. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – Том 2. – 160 с. – ISBN 978-5-9704-2415-5.

248. Образцова, О.Ф. Методика риск-ориентированного планирования проверок внутреннего аудита / О.Ф. Образцова, И.А. Ленник // Аудиторские ведомости. – 2016. – № 11. – С. 29-39. – ISSN 1727-8058.

249. Овчарова, Е. В. Финансовый контроль в Российской Федерации : учебное пособие / Е.В. Овчарова. – Москва : Зерцало-М, 2013. – 224 с. – ISBN 978-5-94373-241-6.

250. Окрепилов, В.В. Экономика качества / В.В. Окрепилов. – Санкт-Петербург : Наука, 2011. – 629 с. – ISBN 978-5-02-038166-7.

251. Орел, В.И. Риск-ориентированный подход при проведении проверок медицинских организаций / В.И. Орел, А.М. Каканов, А.С. Рукавишников // Медицина и организация здравоохранения. – 2018. – № 1. Том 3. – С. 15-19. – ISSN 2658-4212.

252. Организационно-управленческие и экономические аспекты деятельности здравоохранения : сборник научных работ организаторов и экономистов здравоохранения ; под редакцией А.Б. Блохина. – Екатеринбург : Издательство АМБ, 2005. – 322 с. – ISBN 5-8057-0478-1.

253. Организация и экономика фармации / под ред. И.В. Косовой. – 2-е издание. – Москва : Издательский центр «Академия», 2004. – 400 с. – ISBN 5-7695-1987-8.

254. Организация медицинской помощи в Российской Федерации : учебник ; под редакцией В.А. Решетникова. – Москва : Издательство «Медицинское информационное агентство», 2018. – 432 с. – ISBN 978-5-9986-0313-6.

255. О бюджетной политике в 2014-2016 годах. Бюджетное послание Президента РФ Федеральному собранию от 13.06.2013 года. – Справочно-правовая система «Консультант Плюс». – Текст : электронный. – URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_147552/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_147552/) (дата обращения: 08.04.2019).

256. Об итогах работы Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2018 году и задачах на 2019 год. Минздрав России. – Текст :



электронный. – URL: [https://astom.ru/sites/default/files/astom\\_doc/itogi\\_i\\_zadachi\\_minzdrava.pdf](https://astom.ru/sites/default/files/astom_doc/itogi_i_zadachi_minzdrava.pdf) (дата обращения 21.11.2019)

257. Отчет о результатах обследования реализации Государственной программы «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)» от 01 октября 2018 г. Контрольно-счетная палата города Москвы. – Текст : электронный. – URL: <http://www.ksp.mos.ru/activity/index.php>. (дата обращения: 14.02.2019).

258. Основные показатели здоровья населения города Москвы, деятельность медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы. Сборник. / Департамент здравоохранения города Москвы. Государственное бюджетное учреждение города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы». – Москва : ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2018. – 164 с. – ISBN отсутствует.

259. Основные показатели здоровья населения города Москвы, деятельность медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы в 2018 году. Сборник. / Департамент здравоохранения города Москвы. Государственное бюджетное учреждение города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы». – Москва : ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2019. – 170 с. – ISBN отсутствует.

260. Островская, О.Л. Совершенствование методологии аудита в условиях реализации стратегии устойчивого развития / О.Л. Островская // Аудиторские ведомости. – 2016. – № 1. – С. 9-26. – ISSN 1727-8058.

261. Оценка медицинских технологий и формирование политики здравоохранения в странах Европы. Современное состояние, проблемы и перспективы: Серия исследований Обсерватории, выпуск 14 / Marcial Velasco Garrido, Finn Borlum Kristiansen, Camilla Palmhoj Nielsen, Reinhard Busse. – Копенгаген: Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2010. – 216 с. – ISBN 978-92-890-0216-5.

262. Пачковский, М.Р. Государственный финансовый контроль в Российской Федерации / М.Р. Пачковский. – Москва : Макс Пресс, 2004. – 48 с. – ISBN 5-317-00947-2.

263. Перекрестова, Л.В. Критерии эффективности государственного финансового контроля : материалы для повышения квалификации работников Федеральной службы финансово-бюджетного надзора / Л.В. Перекрестова, Г.В. Федотова. – Волгоград : Волгоградское научное издательство, 2007. – 37 с. – ISBN 978-5-98461-328-6.

264. Пикулик, А.В. Управление государственными закупками : монография / А.В. Пикулик. – Москва : Издательский дом «Финансовый контроль», 2006. – 384 с. – 3000 экз. – ISBN 5-902048-62-1.

265. План счетов бухгалтерского учета с инструкцией по его применению [утвержден приказом Минфина РФ от 31 октября 2000 № 94н]. – Санкт-Петербург : Питер, 2017. – 192 с. – ISBN 978-5-496-01392-5.

266. Плисова, А.Б. Аудит эффективности : учебное пособие / А.Б. Плисова. – Москва : АПКиППРО, 2016. – 95 с. – ISBN 978-5-8429-1302-2.

267. Погосян, Н.Д. Историко-правовые основы государственного финансового контроля в России / Н.Д. Погосян. – Москва : Консалтбанкир, 2019. – 567 с. – ISBN 978-5-85187-135-1.

268. Полинская, Т.А. Роль цифровых технологий в осуществлении контроля в сфере здравоохранения / Т.А. Полянская // Вестник Росздравнадзора. – 2019. – № 4. – С. 72-76. – ISSN 2070-7940.

269. Понуровская, О.Н. Анализ и аудит (контроль) эффективности использования бюджетных и внебюджетных средств в социально-культурной сфере в условиях финансового кризиса : монография / О.Н. Понуровская. – Челябинск : Сити Принт, 2010. – 160 с. – 300 экз. – ISBN 978-5-904593-08-7.

270. Поролло, Е.В. Государственный финансовый контроль: учебное пособие / Е.В. Поролло, О.И. Карепина. – Ростов-на-Дону : РГЭУ РИНХ, 2014. – 259 с. – ISBN 978-5-4382-0146-5.

271. Потеев, Н.Н. Итоги реализации пилотного проекта по внедрению стандарта качества управления ресурсами в государственных учреждениях

г. Москвы / Н.Н. Потекаев, Ю.О. Антипова, С.С. Бударин [и др.]. // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2015. – № 11-12. – С. 9-18. – ISSN 1607-2502.

272. Прикладная медицинская статистика : учебное пособие / В.М. Зайцев, В.Г. Лифляндский, В.И. Маринкин. – 2-е издание. – Санкт-Петербург : «Издательство ФОЛИАНТ», 2006. – 432 с. – ISBN 5-93929-135-X.

273. Применение Стандарта качества управления ресурсами в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы в 2018- 2020 годах: методические рекомендации / Д.В. Мелик-Гусейнов, С.С. Бударин, О.А. Волкова [и др.]. – Москва : Департамент здравоохранения г. Москвы: НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента, 2018. – 63 с. – ISBN 978-5-4465-2329-0.

274. Программный бюджет: учебное пособие ; под редакцией М.П. Афанасьева. – Москва : Магистр : ИНФРА-М, 2012. – 384 с. – ISBN 978-5-9776-0231-0.

275. Пузырев, В.Г. Создание эффективной системы контроля качества медицинской помощи в лечебно-профилактическом учреждении / В.Г. Пузырев, В.А. Глущенко // Медицина и организация здравоохранения. – 2016. – № 1. Том 1. – С. 12-20. – ISSN 2658-4212.

276. Радченко, В.М. Государственный финансовый контроль : учебно-методическое пособие / В.М. Радченко. – Воронеж : Научная книга, 2017. – 59 с. – ISBN 978-5-4446-0986-6.

277. Развитие управления проектами в едином экономическом пространстве: современные тенденции и перспективы : монография / С.Н. Апенько, Р.Г. Быкова, Л.В. Завьялова [и др.]; ответственный редактор С.Н. Апенько. – Омск : Издательство Омского государственного университета, 2016. – 236 с. – 500 экз. – ISBN 978-5-7779-2056-0.

278. Райзберг, Б.А. Целевые программы в системе государственного управления экономикой / Б.А. Райзберг. – Москва : Лаборатория Книги, 2012. – 331 с. – ISBN 978-5-903271-79-5.

279. Расследование расходов Национальной системы здравоохранения на непатентованные лекарства в первичной медико-санитарной помощи. Отчет Национального Управления Аудита Великобритании. – Текст : электронный. – URL:

<https://www.nao.org.uk/report/investigation-into-nhs-spending-on-generic-medicines-in-primary-care/>. (дата обращения: 21.03.2019).

280. Рахыпбеков, Т.К. Финансовый менеджмент в здравоохранении: учебное пособие / Т.К. Рахыпбеков. – 3-е издание, дополненное. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 312 с. – ISBN 978-5-9704-2184-0.

281. Ревизия и контроль : учебное пособие / М.В. Мельник, А.С. Пантелеев, А.Л. Звездин; под редакцией М.В. Мельник. – Москва : ИД ФБК-ПРЕСС, 2003. – 520 с. – ISBN M8103-113-X.

282. Реутова, И.М. Финансовая политика государства: процессный подход : монография / И. М. Реутова. – Омск : Издательство ОмГУ им. Ф.М. Достоевского, 2017. – 137 с. –70 экз. – ISBN 978-5-7779-2094-2.

283. Ржаницына, Л.С. Россия: методология и практика программно-целевого гендерного бюджета / Л.С. Ржаницына. – Москва : Нестор-История, 2012. – 400 с. – ISBN 978-5-98187-900-5.

284. Ризванова, М.А. Методы моделирования и прогнозирования в экономике : учебное пособие / М.А. Ризванова. – Уфа : Уфимский университет экономики и сервиса, 2015. – 131 с. – ISBN 978-5-88469-687-7.

285. Романова, Т.Ф. Государственный финансовый контроль в социальной сфере : монография / Т.Ф. Романова, О.И. Карепина. – Азов : АзовПечать, 2006. – 215 с. – ISBN 5-902822-13-0.

286. Росицкая, М.В. Международный опыт: от государственного финансового контроля к государственному аудиту/ М.В. Росицкая // Вестник науки и образования. – 2018. – № 14 (50). – С. 24-26. – ISSN 2312-8089.

287. Российское здравоохранение в новых экономических условиях: вызовы и перспективы: доклад НИУ ВШЭ по проблемам развития системы здравоохранения / С.В. Шишкин, И.М. Шейман, А.А. Абдин [и др.]. – Москва : Издательский дом Высшей школы экономики, 2017. – 82 с. – 300 экз. – ISBN 978-5-7598-1548-8.

288. Российское здравоохранение: проблемы управления и эффективность / А.А. Шабунова, К.Н. Калашников, О.Н. Калачикова [и др.]. – Вологда : ВолНЦ РАН, 2017. – 242 с. – ISBN 978-5-93299-381-1.

289. Руководство. Национальное Управление Аудита Великобритании [National Audit Office. Guidance and information for auditors]. – Текст : электронный.

– URL: <https://www.nao.org.uk/code-audit-practice/guidance-and-information-for-auditors/> (дата обращения: 12.04.2018).

290. Рыжков, Н.А. Основы стратегического управления специализированным государственным здравоохранением: информационно-технологические аспекты / Н.А. Рыжков. – Санкт-Петербург : Наука, 2006. – 223 с. – ISBN 5-02-025132-1.

291. Рябухин, С.Н. Аудит эффективности: учебник / С.Н. Рябухин. – Москва: Экономика, 2009. – 602 с. – ISBN 978-5-93441-200-6.

292. Рябухин, С. Н. Аудит эффективности государственного сектора экономики: курс лекций / С.Н. Рябухин, С.Б. Климантов. – Москва : Триада ЛТД, 2005. – 255 с. – ISBN 5-86344-188-7.

293. Савин, А.А. Аудит: учебное пособие / А.А. Савин, И.А. Савин. – Москва : Курс, 2012. – 509 с. – ISBN 978-5-905554-14-8.

294. Савин, А.А. Аудит качества системы управления организацией : монография / А.А. Савин. – Москва : ИНФРА-М, 2018. – 254 с. – 500 экз. – ISBN 978-5-9558-0610-5.

295. Савин, А.А. Мотивы фальсификации финансовой отчетности и методы ее выявления в ходе аудита / А.А. Савин, У.Б. Цороев // Экономика и управление: проблемы, решения. – 2018. – № 5. – Том 6 – С. 239-242. – ISSN 2227-3891.

296. Сайтгареева, А.А. Показатели и критерии оценки эффективности деятельности медицинских организаций в федеральных и региональных правовых актах / А.А. Сайтгареева, С.С. Бударин, О.А. Волкова // Вестник Росздравнадзора. – 2015. – № 6. – С. 12-23. – ISSN 2070-7940.

297. Салин, В.Л. Ценообразование: учебное пособие / В.Л. Салин. – Санкт-Петербург : ОЦЭиМ, 2004. – 300 с. – ISBN 5-356-00055-3.

298. Саунин, А.Н. Аудит эффективности в государственном финансовом контроле : научно-методическое пособие / А.Н. Саунин. – Москва : Издательский дом «Финансовый контроль», 2004. – 144 с. – ISBN 5-902048-44-3.

299. Саунин, А.Н. Аудит эффективности использования государственных средств. Вопросы теории и практики / А.Н. Саунин. – Москва : Высшая школа, 2005. – 311 с. – ISBN 5-06-005507-8.

300. Саунин, А.Н. Аудит эффективности: выбор критериев для оценки эффективности использования государственных (муниципальных) средств / А.Н. Саунин // Вестник АККОР. – 2011. – № 1 (16). – С. 76-84. – ISSN 2073-8641.
301. Саунин, А.Н. Аудит эффективности в России - декларация или реальность? / А.Н. Саунин // Вестник АККОР. – 2016. – № 2. – С. 99-100. – ISSN 2073-8641.
302. Саунин, А.Н. Государственный аудит : учебное пособие / А.Н. Саунин. – 2-е издание, стереотипное. – Москва : Издательство Московского университета, 2019. – 480 с. – ISBN 978-5-19-011412-6.
303. Список стран по уровню смертности. Список стран по продолжительности жизни / NONEWS. – Текст : электронный. – URL: <https://nonews.co/directory/lists/countries/> (дата обращения: 07.03.2020).
304. Ситнов, А.А. Международные стандарты аудита : учебно-практическое пособие / А.А. Ситнов. – Москва : ИД ФБК-Пресс, 2004. – 157 с. – ISBN 5-88103-143-1.
305. Ситнов, А.А. Международные стандарты аудита : учебник / А.А. Ситнов. – Москва : ЮНИТИ, 2014. – 239 с. – ISBN 978-5-238-02556-8.
306. Ситнов, А.А. Методология операционного аудита : монография / А.А. Ситнов. – Москва : Финакадемия, 2008. – 132 с. – 500 экз. – ISBN 978-5-7942-0580-0.
307. Ситнов, А.А. Теория, методология и организация операционного аудита / А.А. Ситнов. – Москва : Оргсервис-2000, 2008. – 287 с. – ISBN 5-98115-112-9.
308. Симонова, Н.Ю. Планирование и оценка государственных и муниципальных расходов : учебное пособие / Н.Ю. Симонова, А.М. Степанова. – Омск : ОмГТУ, 2017. – 81 с. – ISBN 978-5-8149-2421-6.
309. Скобара, В.В. Государственный финансовый контроль в системе управления государством : монография / В.В. Скобара, А.В. Телепнева. – Москва : Научная библиотека, 2013. – 174 с. – ISBN 978-5-9903221-5-8.
310. Служба скорой медицинской помощи Национальной системы здравоохранения. Отчет Национального Управления Аудита Великобритании.

– Текст : электронный. – URL: <https://www.nao.org.uk/report/nhs-ambulance-services/>.  
(дата обращения: 21.11.2018)

311. Сорокина, Н.М. Стандартизация как механизм контроля качества услуг здравоохранения (региональный аспект) / Н.М. Сорокина, Е.В. Сальникова // Управление здравоохранением. – 2011. – № 1 (29). – С. 7-12. – ISSN 1608-909X.

312. Стародубов, В.И. Эффективность использования финансовых ресурсов при оказании медицинской помощи населению Российской Федерации / В.И. Стародубов, В.О. Флек. – Москва : Менеджер здравоохранения, 2006. – 191 с. – ISBN 5-9900-493-3-1.

313. Степашин, С.В. Государственный аудит и экономика будущего / С.В. Степашин. – Москва : Наука, 2008. – 602 с. – ISBN 978-5-02-036766-1.

314. Степашин, С.В. Взаимодействие органов внешнего и внутреннего финансового контроля / С.В. Степашин // Вестник АКСОР. – 2012. – № 4 (24). – С. 3- 5. – ISSN 2073-8641.

315. Степашин, С.В. Своевременность аудита / С.В. Степашин // Вестник АКСОР. – 2013. – № 1 (25). – С. 3-5. – ISSN 2073-8641.

316. Стёпочкина, Е.А. Финансовое планирование и бюджетирование : учебное пособие для слушателей программ профессиональной подготовки управленческих кадров / Е.А. Стёпочкина. – Москва : Директ-Медиа, 2014. – 100 с. – ISBN 978-5-4458-5680-1.

317. Страхова, О.А. Управление человеческими ресурсами в медицинском учреждении: учебное пособие / О.А. Страхова, С.О. Ельсиновская ; под редакцией В.П. Галенко. – Санкт-Петербург : Издательство Санкт-Петербургского государственного университета экономики и финансов, 2009. – 100 с. – ISBN 978-5-7310-2423-5.

318. Таджиев, И.Я. Качество медицинской помощи в медицинских организациях государственной системы здравоохранения г. Москвы в оценках пациентов и врачей / И.Я. Таджиев, А.В. Белостоцкий, С.С. Бударин // Социология медицины. – 2017. – № 2. Том 16. – С. 100-106. – ISSN 1728-2810.

319. Таова, С.М. Человеческие ресурсы регионального здравоохранения / С.М. Таова, З.А. Мустафаева. – Нальчик : Тетраграф, 2015. – 169 с. – ISBN 978-5-00066-060-7.

320. Тарифы на лекарства. [NHS. Business Services Authority]. – Текст : электронный. – URL: <https://www.nhsbsa.nhs.uk/pharmacies-gp-practices-and-appliance-contractors/drug-tariff>. (дата обращения: 07.06.2019).

321. Теория организации и управления здравоохранением : учебно-методическое пособие / Л.И. Герасимова, В.П. Петров, М.О. Басов [и др.] ; под редакцией Л.И. Герасимовой. – Чебоксары : ГАУ ДПО «ИУВ», 2018. –104 с. – ISBN 978-5-6041355-0-1.

322. Тимченко, Т.Н. Системный анализ в управлении : учебное пособие / Т.Н. Тимченко. – Москва : РИОР: ИНФРА-М, 2016. – 161 с. – ISBN 978-5-369-00238-4.

323. Толчинская, М.А. Развитие государственного аудита в Российской Федерации / М.А. Толчинская, Л.А. Ахмедова // Финансы и кредит. – 2015. – № 14 (638). – С. 42-54. – ISSN 2071-4688.

324. Улумбекова, Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать / Г.Э. Улумбекова. 2-е издание. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 704 с. – ISBN 978-5-9704-3405-5.

325. Управление и экономика здравоохранения: учебное пособие для вузов ; под ред. А.И. Вялкова. – 3-е издание, дополненное. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 658 с. – ISBN 978-5-9704-0906-0.

326. Управление и экономика здравоохранения: учебное пособие для вузов / А.И. Вялков, В.З. Кучеренко, Б.А. Райзберг [и др.]; под редакцией А.И. Вялкова. – 3-е издание, дополненное. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 658 с. – ISBN 978-5-9704-0906-0.

327. Управление качеством медицинских услуг / Ю.Ю. Швец, А. Треля. – Москва : ООО «Агентство печати «Наука и образование», 2017. – 462 с. – ISBN 978-5-9909310-4-6.

328. Управленческий учет: учебное пособие / О.Е. Николаева, Т.В. Шишкова. – Москва : Издательство «УРСС», 1997. – 368 с. – ISBN 5-88417-106-4.

329. Уточненный отчет о ходе реализации и оценке эффективности государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» за 2017 год. Минздрав России. – Текст : электронный. – URL: <https://static->



2.rosminzdrav.ru/system/attachments/attaches/000/038/534/original/ уточненный отчет за 2017 год. pdf?1528531677 .(дата обращения: 17.05.2019).

330. Учет, отчетность и анализ в условиях антикризисного управления : учебное пособие / Л.И. Хоружий, И.Н. Турчаева. – 2-е издание, переработанное и дополненное. – Москва : ИНФРА-М, 2019. – 308 с. – ISBN 978-5-16-014551-8.

331. Федотов, А.Ф. Понятие государственного аудита / А.Ф. Федотов // Вестник Кемеровского государственного университета. – 2015. – № 2-2. – С. 215- 219. – ISSN 2078-8975.

332. Федотова, Г.В. Государственный финансовый контроль бюджетной сферы : учебно-методический комплект / Г.В. Федотова. – Волгоград : Издательство Волгоградского государственного университета, 2014. – 46 с. – ISBN 978-5-9669-0980-2.

333. Философия науки: учебное пособие / В.П. Кохановский, В.И. Пржиленский, Е.А. Сергодеева. – Москва : ИКЦ «МарТ», Ростов-на-Дону : Издательский центр «МарТ», 2006. – 496 с. – ISBN 5-241-00460-2.

334. Финансирование систем здравоохранения. Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью: доклад о состоянии здравоохранения в мире / под редакцией Michael Reid, Gael Kernen. – Копенгаген : Всемирная организация здравоохранения, 2010. – 106 с. – ISBN 978-92-4-456402-8.

335. Финансовый аспект развития российской системы социальной защиты населения : монография / Т.Ф. Романова, А.А. Суховеева, О.В. Андреева, Д.Г. Романов. – Ростов-на-Дону : РИНХ, 2016. – 255 с. – 500 экз. – ISBN 978-5-4382-0248-6.

336. Финансовый менеджмент в здравоохранении России: Проблемы и пути решения управления финансовыми ресурсами российского здравоохранения / М.М. Кузьменко, В.В. Баранов. – Москва : Медицина, 1995. – 269 с. – ISBN 5-225-02821-7.

337. Финансы : учебник ; под редакцией Е.В. Маркиной. – 3-е издание. – Москва : КноРус, 2017. – 425 с. – ISBN 978-5-406-05544-1.

338. Финансы бюджетных организаций : учебник ; под редакцией Г.Б. Поляка. – Москва : ВЗФЭИ, 2005. – 361 с. – ISBN 5-9558-0019-0.

339. Фризен, М.А. Личностный потенциал лиц, осуществляющих управленческую деятельность : монография / М.А. Фризен, Е.А. Водинчар. – Петропавловск-Камчатский : КамГУ им. Витуса Беринга, 2017. – 196 с. – 500 экз. – ISBN 978-5-7968-0678-4.
340. Халецкий, И.Г. Кадровый ресурс качества медицинской помощи / И.Г. Халецкий, Т.П. Васильева. – Иваново : Издательство МИК, 2013. – 287 с. – ISBN 978-5-89222-132-0.
341. Харисова, Ф.И. Некоторые аспекты методологического обеспечения государственного аудита в Российской Федерации / Ф.И. Харисова, Н.Н. Козлова // Вестник экономики, права и социологии. – 2013. – № 4. – С. 60-64. – ISSN 1998-5533.
342. Ценообразование на лекарственные средства / научный редактор Ланда К.; [перевод с польского] М. Холонья. – Москва : НЬЮДИАМЕД, 2012. – 360 с. – ISBN 978-5-88107-096-0.
343. Чечеткин, В.Д. Внешний финансовый контроль использования бюджетных средств / В.Д. Чечеткин // Вестник АКСОП. – 2011. – № 1 (16). – С. 145- 150. – ISSN 2073-8641.
344. Чурилова, Г.А. Национальные проекты и проблемы модернизации России / Г.А. Чурилова. – Санкт-Петербург : Нестор-История, 2016. – 126 с. – ISBN 978-5-4469-0904-9.
345. Шамшурина, Н.Г. Показатели социально-экономической эффективности в здравоохранении: / Н.Г. Шамшурина ; под общей редакцией В.И. Стародубова. – Москва : МЦФЭР, 2005. – 317 с. – ISBN 5-7709-0382-1.
346. Шейман, И.М. Теория и практика рыночных отношений в здравоохранении / И.М. Шейман. – Москва : ГУ ВШЭ, 2007. – 317 с. – ISBN 978-5-7598-0554-0.
347. Шибекоев, Д.В. Организация и методика аудита медицинских учреждений : монография / Д.В. Шибекоев. – Кострома : Авантитул, 2013. – 130 с. – 3000 экз. – ISBN 978-5-98342-178-3.
348. Шохин, С.О. Бюджетно-финансовый контроль и аудит: Теория и практика применения в России : научно-методическое пособие / С.О. Шохин, Л.И. Воронина. – Москва : Финансы и статистика, 1997. – 237 с. – ISBN 5-279-01850-3.

349. Шохин, С.О. Проблемы и перспективы развития финансового контроля в Российской Федерации / С.О. Шохин. – Москва : Финансы и статистика, 1999. – 350 с. – ISBN 5-279-02207-1.

350. Шохин, С.О. Управление финансово-экономической сферой на основе стратегического планирования: правовые аспекты: монография / С.О. Шохин, Е.В. Кудряшова. – Москва : МГИМО-Университет, 2018. – 246 с. – 500 экз. – ISBN 978-5-9228-1910-7.

351. Шохин, С.О. Эффективность бюджетно-финансового контроля / С.О. Шохин. – Москва : Прогресс, 1995. – 62 с. – ISBN 5-01-004579-9.

352. Штефан, М.А. Совершенствование методик оценки эффективности системы внутреннего контроля / М.А. Штефан, А.Д. Савина // Аудиторские ведомости. – 2017. – № 7. – С. 93-102. – ISSN 1727-8058.

353. Щелакова, В.А. Оценка демографической ситуации для обеспечения национальной безопасности России / В.А. Щелакова, В.В. Негреева, А.Б. Салманов // Научный журнал НИУ ИТМО. Серия Экономика и экологический менеджмент. – 2019. – № 3. – С. 77-92. – ISSN 2310-1172. –DOI: 10.17586/2310-1172-2019-12-3-77-92. – Текст : электронный. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/otsenka-gosudarstvennyh-programm-rossiyskoy-federatsii-novye-vyzovy/>. (дата обращения: 25.01.2020).

**Приложение А**  
(информационное)

**Структура «Дерева вопросов» аудита эффективности**

Таблица А.1 - «Дерево вопросов» для аудита эффективности использования ресурсов медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению

Позволяет ли качество управления ресурсами обеспечить в медицинской организации доступность и результативность оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи?		
Экономичность	1. Обеспечивается ли в медицинской организации эффективное управление имеющимися ресурсами?	
1	2	3
1.1. Эффективно ли осуществляется управление финансовыми ресурсами?	1.1.1. Обеспечен ли качественный процесс формирования и реализации плана ФХД медицинской организации?	1.1.1.1. Соответствует ли фактическое финансовое обеспечение медицинской организации по разделу поступления по доходам показателям, предусмотренным в первоначально утвержденном плане ФХД (с учетом корректировок)?
		1.1.1.2. Обеспечено ли полное покрытие фактических расходов МО полученными доходами МО (с учетом (и без) остатков на начало отчетного периода)?
		1.1.1.3. Соответствует ли фактическое расходование финансовых средств по разделу выплаты, утвержденному плановому показателю (первоначальному плану ФХД и с учетом корректировок)?
	1.1.2. Обеспечена ли оптимальная структура фонда оплаты труда работников медицинской организации (МО) и его расходования?	1.1.2.1. Соответствует ли удельный вес фонда оплаты труда в начисленных расходах МО оптимальному значению?
		1.1.2.2. Соответствует ли удельный вес начисленного фонда оплаты труда основного персонала в общем объеме ФОТ МО оптимальному значению?
		1.1.2.3. Соответствует ли уровень среднемесячной заработной платы медицинского персонала МО утвержденным нормативам?
	1.1.3. Осуществлены ли процедуры закупок товаров, работ и услуг своевременно, в запланированном объеме и необходимого качества по минимально возможным ценам?	1.1.3.1. Соответствует ли объем размещенных заказов на закупку товаров, работ, услуг плановым значениям проведения конкурентных процедур закупок (соблюдение план-графика)?
		1.1.3.2. Соответствует ли значение удельного веса суммы закупок, осуществленных у единственного поставщика (за исключением закупок у естественных монополий), оптимальным значениям?

Продолжение таблицы А.1

1	2	3
-	-	1.1.3.3. Обеспечена ли экономия финансовых средств по результатам проведения торгов (разница между начальной максимальной ценой контракта (НМЦК) и фактической контрактной ценой)?
	1.1.4. Обеспечено ли качественное исполнение плана ФХД по разделу выплаты (расходы)	1.1.4.1. Обеспечено ли минимальное значение удельного веса дебиторской/кредиторской задолженности (текущей и просроченной) в балансе МО?
		1.1.4.2. Обеспечено ли оптимальное расходование средств на содержание имущества (с учетом и без учета медицинского оборудования)?
		1.1.4.3. Соответствует ли доля немедицинских (административных) в общих расходах МО оптимальным значениям?
1.2. Эффективно ли осуществляется управление материально-техническими ресурсами?	1.2.1. Соблюдаются ли требования по организации учета имущества (основных средств/медицинского оборудования) и планирования потребности в основных средствах/медицинского оборудования?	1.2.1.1. Соблюдаются ли требования по организации учета основных средств/медицинского оборудования?
		1.2.1.2. Осуществляется ли ежегодное и долгосрочное планирование потребности в основных средствах с учетом табеля оснащения МО и сроков их эксплуатации (медицинского оборудования)?
		1.2.1.3. Реализуются ли планы по своевременной замене и модернизации медицинского оборудования с износом 100%?
	1.2.2. Обеспечен ли процесс надлежащей подготовки медицинского оборудования к использованию?	1.2.2.1. Обеспечены ли условия для своевременного заключения контрактов на техническое обслуживание и ремонт медицинского оборудования?
		1.2.2.2. Обеспечено ли нахождение максимальной доли медицинского оборудования (в разрезе видов) в исправном состоянии?
		1.2.2.3. Обеспечивается ли учет простоев (по выбранным причинам) медицинского оборудования и их анализ?
	1.2.3. Обеспечивается ли оптимальное использование (расходование) материальных запасов?	1.2.3.1. Осуществляется ли своевременное и в полном объеме обеспечение материальными запасами (лекарственные препараты, мягкий инвентарь, расходный материал и пр.), необходимыми для оказания надлежащей медицинской помощи?

Продолжение таблицы А.1

1	2	3
-	-	1.2.3.2. Имеются ли в наличии сверхлимитные материальные запасы (лекарственные препараты с просроченным сроком годности, материалы, неостребованные для оказания медицинской помощи в течение длительного времени)?
1.3. Эффективно ли осуществляется управление кадровыми ресурсами?	1.3.1. Обеспечивает ли персонал медицинской организации возможность оказывать населению своевременную и качественную медицинскую помощь?  1.3.2. Принимаются ли достаточные меры для обеспечения медицинской организации молодыми кадрами и повышения квалификации медицинских работников?	1.3.1.1. Обеспечена ли занятость штатных должностей медицинских работников в соответствии со штатным расписанием медицинской организации? 1.3.1.2. Соблюдается ли минимизация уровня совместительства должностей медицинских работников в МО? 1.3.1.3. Обеспечена ли минимальная текучесть кадров в медицинской организации (основного персонала)?  1.3.2.1. Соблюдается ли принцип обновления основного персонала медицинской организации молодыми кадрами? 1.3.2.2. Созданы ли в МО достаточные условия для мотивации медицинских работников повышать свой профессиональный уровень, квалификационную категорию? 1.3.2.3. Соответствует ли доля врачей (среднего медицинского персонала), имеющих квалификационную категорию, оптимальным значениям? 1.3.2.4. Соответствует ли доля молодых медицинских работников (врачи до 45 лет, средний медицинский персонал до 36 лет), имеющих квалификационную категорию оптимальным значениям?
Продуктивность (Производительность)	2. Обеспечена ли в медицинской организации доступность граждан к медицинской помощи, в соответствии с программами и стандартами, предусмотренными нормативными правовыми актами в сфере здравоохранения?	
1		2
2.1. Обеспечивает ли прикрепленному населению возможность посещения врача в удобные для граждан сроки?	2.1.1. Обеспечена ли населению возможность записи на прием к врачу в сроки, установленные в Территориальной программе государственных гарантий - ТПГГ? 2.1.2. Соблюдаются ли установленные нормативными правовыми актами комфортные нормативы по времени ожидания пациентами на прием врача? 2.1.3. Обеспечена ли доступность граждан к дежурному врачу?	

## Продолжение таблицы А.1

1	2
2.2. Обеспечивается ли потребность населения в проведении диагностических (лабораторных и инструментальных) исследований?	2.2.1. Обеспечена ли возможность записи пациента на проведение плановых диагностических (лабораторных и инструментальных) исследований в сроки, установленные в ТППГ (по видам исследований)?
	2.2.2. Обеспечена ли возможность проведения срочных (внеплановых) диагностических (лабораторных и инструментальных) исследований?
	2.2.3. Имеются ли случаи проведения прикрепленным населением диагностических (лабораторных и инструментальных) исследований в частном секторе здравоохранения?
2.3. Обеспечивается ли потребность граждан, имеющих на это право в соответствии с действующим законодательством, в лекарственных препаратах?	2.3.1. Ведется ли в медицинской организации реестр граждан, имеющих право на льготное (бесплатное или 50%) лекарственное обеспечение (по видам льгот)?
	2.3.2. Своевременно ли направляются в ДЗМ заявки на закупку лекарственных препаратов, исходя из ассортиментной и количественной потребности в них льготных категорий граждан?
	2.3.3. Увеличивается ли численность льготных категорий граждан (федеральных), отказавшихся от бесплатного лекарственного обеспечения?
2.4. Обеспечивается ли потребность населения в оказании медицинской помощи на дому?	2.4.1. Ведется ли реестр граждан, регулярно нуждающихся в оказании медицинской помощи на дому (включая патронаж)?
	2.4.2. Обеспечивается ли выполнение заявок населения на оказание помощи на дому в утвержденные положением (правилами) сроки?
2.5. Обеспечена ли доступность оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара и/или в случае необходимости, обеспечено ли своевременное направление граждан в медицинские организации для оказания плановой специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи?	2.5.1. Ведется ли реестр (регистр) граждан, нуждающихся в плановой и/или регулярной госпитализации в условиях дневного стационара?
	2.5.2. Обеспечена ли максимальная загрузка мощностей дневного стационара для удовлетворения потребности граждан в медицинской помощи?
	2.5.3. Обеспечена ли потребность граждан, находящихся под диспансерным наблюдением, и лиц старше трудоспособного возраста в оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара?
	2.5.4. Обеспечены ли граждане, находящиеся на лечении в дневном стационаре необходимыми лекарственными препаратами и медицинскими изделиями?

## Продолжение таблицы А.1

Результативность 1	3. Оказана ли гражданам, прикрепленным к медицинской организации качественная и результативная медицинская помощь?
1	2
3.1. Обеспечена ли в МО результативность проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации?	3.1.1. Обеспечивается ли максимальное значение доли граждан, посещающих МО в профилактических целях (прохождение профилактического медицинского осмотра, диспансеризации)?
	3.1.2. Соответствует ли полнота охвата прикрепленного населения профилактическими медицинскими осмотрами (диспансеризацией), установленным нормативам?
	3.1.3. Обеспечены ли минимальные сроки прохождения гражданами профилактических медицинских осмотров, диспансеризации?
	3.1.4. Соответствует ли доля впервые выявленных заболеваний при прохождении профилактического медицинского осмотра, диспансеризации в общем объеме впервые выявленных заболеваний, оптимальным значениям?
3.2. Своевременно ли и качественно проводится обследование граждан, при обращении в медицинскую организацию?	3.2.1. Обеспечивается ли максимальное значение доли граждан, посещающих МО (уникальные пациенты) в общем количестве граждан, прикрепленных к медицинской организации?
	3.2.2. Соответствует ли доля впервые выявленных неинфекционных заболеваний в общем объеме выявленных заболеваний, оптимальным значениям?
	3.2.3. Соответствует ли число вызовов скорой медицинской помощи (СМП) оптимальным значениям (на 1 тыс. прикрепленного населения)?
	3.2.4. Соответствует ли численность пациентов, госпитализированных по экстренным показаниям оптимальным значениям (на 100 тыс. прикрепленного населения)?
	3.2.5. Соответствует ли доля впервые выявленных случаев онкологических заболеваний на ранних стадиях (I и II стадии) от общего количества выявленных случаев онкологических заболеваний в течение года, целевым значениям, утвержденным ТППГ?
	3.2.6. Выявлены ли случаи повторного обоснованного обращения граждан за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 30 дней со дня завершения амбулаторного лечения?
3.3. Оказывается ли надлежащая медицинская помощь гражданам, состоящим под диспансерным наблюдением, при обращении в медицинскую организацию?	3.3.1. Соответствуют ли сроки взятия граждан под диспансерное наблюдение установленным нормативам?
	3.3.2. Обеспечивается ли регулярное обследование граждан, состоящих под диспансерным наблюдением?
	3.3.3. Минимизировано ли число необязательных экстренных госпитализаций граждан, состоящих под диспансерным наблюдением?
	3.3.4. Минимизировано ли число необязательных вызовов скорой медицинской помощи к гражданам, состоящим под диспансерным наблюдением?
	3.3.5. Соответствует ли доля случаев (дней) временной нетрудоспособности работающих граждан, состоящих под диспансерным наблюдением в общем числе случаев нетрудоспособности, оптимальным значениям?



Продолжение таблицы А.1

1	2
-	3.3.6. Соответствует ли доля граждан (трудоспособного возраста), снятых с диспансерного наблюдения в связи с выздоровлением, оптимальным значениям?
Результативность 2	За. Достигнуты ли медицинской организацией целевые значения медико-демографических показателей, утвержденных государственными программами и национальными проектами?
За.1. Достигнуты ли целевые показатели по увеличению продолжительности и жизни населения?	За.1.1. Обеспечено ли достижение целевого значения показателя «ожидаемая продолжительность жизни при рождении» прикрепленного населения?
	За.1.2. Обеспечено ли достижение целевого значения показателя по продолжительности жизни мужчин из числа прикрепленного населения?
	За.1.3. Обеспечено ли достижение целевого значения показателя по продолжительности жизни женщин из числа прикрепленного населения?
За.2. Достигнуты ли целевые показатели по снижению смертности населения?	За.2.1. Обеспечиваются ли целевые значения общего показателя «смертности населения» для прикрепленных к МО граждан?
	За.2.2. Обеспечиваются ли целевые значения показателя «смертность населения в трудоспособном возрасте» для прикрепленных к МО граждан?
	За.2.3. Обеспечиваются ли целевые значения показателя «смертность населения от болезней системы кровообращения» для прикрепленных к МО граждан?
	За.2.4. Обеспечиваются ли целевые значения показателя «смертность населения от новообразований, в т.ч. злокачественных» для прикрепленных к МО граждан?

Источник: составлено автором.

**Приложение Б**  
(информационное)

**Показатели эффективности использования ресурсов**

Таблица Б.1 - Показатели эффективности использования ресурсов медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению (на основе «Дерева вопросов»)

ДВ <sup>1</sup>	Наименование показателя и аргумента <sup>2</sup>	Обоз. <sup>3</sup>	Ф/ИД <sup>4</sup>	РНКО <sup>5</sup>
1. Экономичность - Качество управления ресурсами				
1.1. Качество управления финансовыми ресурсами				
1.1.1.	Качество формирования и реализации Плана ФХД			
1	2	3	4	5
1.1.1.1	Отклонение объема фактических поступлений (доходов) от значения в первоначально утвержденном Плане ФХД, %	КД0	=(ОД-ОПД0)/ОПД0	≤ +/-15
1.1.1.1a	Отклонение объема фактических поступлений (доходов) от утвержденного значения в Плане ФХД (с учетом корректировки), %	КД1	=(ОД-ОПД1)/ОПД1	≤ +/- 5
п.1	Фактический объем поступлений (доходов)	ОД	ф. 0503737	-
п.2	Значение по поступлениям (доходам) в Плане ФХД принятом на начало отчетного периода, руб.	ОПД0	План ФХД	-
п.3	Значение по поступлениям (доходам) в Плане ФХД, принятом с учетом корректировок, руб.	ОПД1	ф. 0503737	-
1.1.1.2	Отношение доходов к расходам, %	ДР	=ОД/ОР	≥95
1.1.1.2a	Отношение доходов (с учетом остатка средств на начало отчетного периода) к расходам, %	ДР1	=(ОД+ОСТ)/ОР	≥105
п.1	Фактический объем поступлений (доходов), руб.	ОД	ф. 0503737	-
п.2	Фактический объем расходов (выбытие), руб.	ОР	ф. 0503737	-
п.3	Объем остатков средств на начало отчетного периода. Руб.	ОСТ	ф. 0503730	-
1.1.1.3	Отклонение объема фактических расходов (выбытие) от утвержденного значения в первоначально утвержденном Плане ФХД, %	КР0	=(ОР-ОПР0)/ОПР0	≤ +/-15
1.1.1.3a	Отклонение объема фактических расходов (выбытие) от утвержденного значения в Плане ФХД (с учетом корректировки), %	КР1	=(ОР-ОПР1)/ОПР1	≤ +/- 5
п.1	Фактический объем расходов (выбытие), руб.	ОР	ф. 0503737	-
п.2	Значение по расходам (выбытие) в Плане ФХД принятом на начало отчетного периода, руб.	ОПР0	План ФХД	-
п.3	Значение по расходам (выбытие) в Плане ФХД принятом с учетом корректировок, руб.-	ОПР1	ф. 0503737	-
Примечания				
1 ДВ – Номер в соответствии с «Деревом вопросов»				
2 Название показателя и аргумента, необходимого для расчета значения показателя				
3 Обоз. – Краткое обозначение показателя (аргумента)				
4 Ф/ИД – Формула расчета значения показателя, источник данных о значении аргумента				
5 РНКО – Рекомендуемый нормативный критерий оценки значения показателя				

## Продолжение таблицы Б.1

1.1.2. Качество формирования и использования фонда оплаты труда				
1	2	3	4	5
1.1.2.1	Удельный вес фонда оплаты труда (ФОТ) в общем объеме расходов, %	УФОТ	=ФОТ/ОР	$70 \leq \text{УФОТ} \leq 90$
п.1	Фонд оплаты труда, руб.	ФОТ	ф. 0503737	-
п.2	Фактический объем расходов (выбытие), руб.	ОР	ф. 0503737	-
1.1.2.2	Удельный вес фонда оплаты труда основного (медицинского) персонала в общем объеме расходов на ФОТ, %	УФОТ ОП	=ФОТОП/ФОТбН	$80 \leq \text{УФОТОП} \leq 95$
п.1	Фонд оплаты труда основного персонала (без начислений), руб.	ФОТОП	ЗП-здрав	-
п.2	Фонд оплаты труда (без начислений), руб.	ФОТбН	ЗП-здрав	-
1.1.2.3	Отношение уровня средней месячной заработной платы врача к средней месячной заработной плате по региону в сфере экономики (УСЗПВ), %	ОСМЗПВ	=СМЗПВ/СМЗПЭ	$\geq 200$
1.1.2.3а	Отношение уровня средней месячной заработной платы среднего медицинского персонала к средней месячной заработной плате по региону в сфере экономики (УСЗПВ), %	ОСМЗПСМП	=СМЗПСМП/СМЗПЭ	$\geq 100$
п.1	Средняя месячная заработная плата врача, руб.	СМЗПВ	ЗП-здрав	-
п.2	Средняя месячная заработная плата среднего медицинского персонала, руб.	СМЗПСМП	ЗП-здрав	-
п.3	Средняя месячная заработная плата по региону в сфере экономики, руб.	СМЗПЭ	Росстат	-
1.1.3. Качество организации и проведения закупок товаров, работ и услуг				
1	2	3	4	5
1.1.3.1	Доля размещенных заказов (торгов) от общего объема планируемых конкурентных процедур закупок (самостоятельные торги), %	ДЗ	=СРЗ/ПСЗ	$100 \geq \text{ДЗ} \geq 95$
п.1	Сумма размещенных заказов по конкурентным процедурам закупок (торгов) по НМКЦ, руб.	СРЗ	Данные МО	-
п.2	Сумма планируемых к размещению конкурентных процедур закупок по НМКЦ, руб.	ПСЗ	План ФХД, табл. 2	-
1.1.3.2	Удельный вес суммы закупок, осуществленных у единственного поставщика <sup>1</sup> , %	УВЗЕП	=СЗЕП/СЗ	$\leq 35$
п.1	Сумма закупок, осуществленных у единственного поставщика, руб.	СЗЕП	Данные МО	-
п.2	Общая сумма закупок, руб.	СЗ	Данные МО	-
1.1.3.3	Доля экономии финансовых средств по результатам проведения торгов (для не менее 70% количества торгов), %	ДЭФС	=(СРЗК-СК)/СРЗК	$\geq 5$
п.1	Сумма размещенных заказов (торгов) по конкурентным процедурам закупок по НМКЦ, по итогам которых заключены контракты, руб.	СРЗК	Данные МО	-
п.2	Сумма заключенных контрактов на основе размещенных заказов по конкурентным процедурам закупок, руб.	СК	Данные МО	-

## Продолжение таблицы Б.1

1	2	3	4	5
1.1.3. 3а	Среднее количество заявок на 1 лот по конкурентным процедурам закупок (самостоятельные торги), кол-во	СКЗ	=КЗ/КЛ	$\geq 3$
п.1	Общее количество заявок по лотам заказов, размещенных на конкурентной основе, кол-во	КЗ	Данные МО	-
п.2	Общее количество лотам по заказам, размещенным на конкурентной основе, кол-во	КЛ	Данные МО	-
1.1.3. 3б	Доля конкурентных процедур, по которым представлены обоснованные жалобы, в общем объеме конкурентных процедур, %	ДКПЖ	=СЖ/СРЗ	$\leq 5$
п.1	Сумма конкурентных процедур закупки по НМЦК, по которым представлены обоснованные жалобы, руб.	СЖ	Данные МО	-
п.2	Сумма размещенных заказов (торгов) по конкурентным процедурам закупок по НМЦК, руб.	СРЗ	Данные МО	-
Примечание - Без учета закупок у естественных монополий				
1.1.4.	Качество планирования и реализации объемов расходов и их структура			
1	2	3	4	5
1.1.4. 1	Удельный вес дебиторской задолженности (текущей/просроченной) в балансовой стоимости активов, %	УВДЗ (Т/П)	= СДЗТ(СДЗ П)/БСА	$\leq 8/\leq 3$
1.1.4. 1а	Удельный вес кредиторской задолженности (текущей/просроченной) в балансовой стоимости активов, %	УВКЗ (Т/П)	= СКЗТ(СКЗ П)/БСА	$\leq 8/\leq 3$
п.1	Сумма дебиторской задолженности (текущей/просроченной), руб.	СДЗТ/ СДЗП	ф. 0503769	-
п.2	Сумма кредиторской задолженности (текущей/просроченной), руб.	СКЗТ/ СКЗП	ф. 0503769	-
п.3	Балансовая стоимость активов, руб.	БСА	ф. 0503730	
1.1.4. 2	Доля расходов на содержание имущества (включая техническое обслуживание медицинского оборудования) в общем объеме расходов, %	ДРИ/Д РМО	=СРИ(СРМ О)/ОР	$\leq 10$ ( $\leq 3$ )
п.1	Сумма расходов на содержание имущества (включая коммунальные расходы), руб.	СРИ	ф. 0503737	-
п.2	Сумма расходов на содержание (техническое обслуживание) медицинского оборудования, руб.	СРМО	ф. 0503737 (МО)	-
п.3	Фактический объем расходов (выбытие), руб.	ОР	ф. 0503737	
1.1.4. 3	Удельный вес немедицинских расходов в общем объеме расходов, %	УВНМ Р	=СНМР/ОР	$\leq 25$
1.1.4. 3а	Удельный вес административных расходов в общем объеме расходов, %	УВАР	=САР/ОР	$\leq 15$
п.1	Сумма немедицинских расходов, руб.	СНМР	ф. 0503737	-
п.2	Сумма административных расходов, руб.	САР	ф. 0503737	-
п.3	Фактический объем расходов (выбытие), руб.	ОР	ф. 0503737	-
1.2. Качество управления материально-техническими ресурсами				
1.2.1.	Качество организации процесса по обеспечению медицинским оборудованием			

Продолжение таблицы Б.1

1	2	3	4	5
1.2.1. 1	Доля медицинского оборудования, занесенного в «Бюджетный учет» (соблюдение требований по организации учета основных средств), %	УОС	=БУ/ИВ	≥90
п.1	Наличие медицинского оборудования в форме «Бюджетный учет», да/нет	БУ	ЕМИАС, МО	-
п.2	Наличие медицинского оборудования в инвентаризационной ведомости ЕМИАС, да/нет	ИВ	ЕМИАС, МО	-
1.2.1. 2 <sup>1</sup>	Доля медицинского оборудования с износом 100%, %	ДМО 100	=ПлОбМО	≤20
п.1	Количество медицинского оборудования с износом 100%, ед.	КМО 100	ЕМИАС, МО	-
п.2	Общее количество медицинского оборудования в инвентаризационной ведомости ЕМИАС, ед.	КМО	ЕМИАС, МО	-
1.2.1. 3 <sup>1</sup>	Доля нового медицинского оборудования, поступившего в медицинскую организацию за последние 3 года, %	ДПл МО	=КЗМО/К МО	≥10
п.1	Количество медицинского оборудования, замененного/модернизированного в последние 3 года, ед.	КЗМ О	ЕМИАС, МО	-
Примечание - Диагностическое медицинское оборудование, от использования которого в значительной степени зависит доступность граждан к медицинской помощи				
1.2.2.	Качество организации процесса надлежащей подготовки медицинского оборудования к использованию			
1	2	3	4	5
1.2.2. 1	Доля медицинского оборудования, включенного в контракт на техническое обслуживание, %	ДКТО	=ККТО/КП ТО	≥95
1.2.2. 1а	Доля медицинского оборудования, обслуженного по контракту на техническое обслуживание, %	ДОКТ О	= КОКТО/ ККТО	≥95
п.1	Количество единиц медицинского оборудования, включенное в контракт на техническое обслуживание, ед.	ККТО	ЕМИАС, МО	-
п.2	Количество единиц медицинского оборудования, подлежащее включению в контракт на техническое обслуживание, ед.	КПТО	ЕМИАС, МО	-
п.3	Количество единиц медицинского оборудования, обслуженного по контракту на техническое обслуживание, ед.	КОКТ О	ЕМИАС, МО	-
1.2.2. 2	Доля медицинского оборудования, находящегося в исправном состоянии, %	ДМО ИС	= КМОИС/ ОКМО	≥90
п.1	Количество единиц медицинского оборудования, находящегося в исправном состоянии, кол-во	КМОИ С	ЕМИАС, МО	-
п.2	Общее количество единиц медицинского оборудования, кол-во	ОКМО	ЕМИАС, МО	-
1.2.2. 3	Доля простоев (причины: ремонт, техобслуживание, отсутствие медперсонала, отсутствие расходных материалов ...) при использовании медицинского оборудования, %	ДПрМ О	= СВхМО/О ВИМО	≤20

## Продолжение таблицы Б.1

1	2	3	4	5
п.1	Суммарное количество случаев/дней простоя (по каждой причине отдельно) в использовании медицинского оборудования, дней	СВхМ О	ЕМИАС, МО	-
п.2	Общее количество дней использования медицинского оборудования, дней	ОВИМ О	ЕМИАС, МО	-
1.2.3.	Качество организации обеспечения расходными материалами, медицинскими изделиями, лекарственными препаратами			
1	2	3	4	5
1.2.3.1	Доля несвоевременного обеспечения материальными запасами (по видам запасов: медикаменты, мягкий инвентарь и т.д.), %	ДМЗ	=(СГОМЗ-ОМЗ)/СГОМЗ	≤20
1.2.3.2	Доля сверхлимитных материальных запасов (по видам запасов: лекарственные препараты, мягкий инвентарь и т.д.), %	ДСЛМ 3	=ОМЗГ/СГОМЗ	≤20
п.1	Суммарный объем имеющихся материальных запасов (по видам), руб.	ОМЗ	МО	-
п.2	Суммарный объем имеющихся материальных запасов (по видам), находящийся на складе свыше года, руб.	ОМЗГ	МО	-
п.3	Среднегодовой объем материальных запасов (по видам запасов), руб.	СГОМ 3	МО	-
1.3. Качество управления кадровыми ресурсами				
1.3.1.	Качество обеспечения медицинским персоналом			
1	2	3	4	5
1.3.1.1	Укомплектованность штатных должностей основного персонала (врачи/СМП) занятыми должностями, %	УШД(В/СМП) П	=ЧЗД/ЧШД	≥90
1.3.1.2	Обеспеченность физическими лицами занятых должностей (врачи/СМП), %	ОФЛ	=ЧФЛ/ЧЗД	≥90
п.1	Число занятых должностей (врачи/СМП), ед.	ЧЗД	ФСН № 30	-
п.2	Число штатных должностей (врачи/СМП), ед.	ЧШД	ФСН № 30	-
п.3	Число физических лиц (врачи/СМП) на занятых должностях, чел.	ЧФЛ	ФСН № 30	-
1.3.1.3	Кадровая текучесть основного персонала (врачи/СМП), %	КТ(В/СМП)	=ЧУ/ССЧ(В/СМП)	≤15
п.1	Число уволившихся сотрудников основного персонала (врачи/СМП), чел.	ЧУ	МО	-
п.2	Среднесписочная численность (врачи/СМП), чел.	ССЧВ/СМП	МО	-
Примечание - Укомплектованность штатными должностями и физическими лицами следует анализировать по всем основным специальностям врачей				
1.3.2.	Качество организации мероприятий, способствующих привлечению молодых специалистов и профессиональному росту медицинского персонала			
1	2	3	4	5
1.3.2.1	Доля врачей в возрасте 50 лет и младше в среднесписочной численности врачей, %	ДВ50	=ЧВ50/ССЧ	≥50
1.3.2.1а	Доля среднего медицинского персонала в возрасте 45 лет и младше в среднесписочной численности СМП, %	ДСМП 45	=ЧСМП45/ССМП	≥50

Продолжение таблицы Б.1

1	2	3	4	5
п.1	Численность врачей в возрасте 50 лет и младше, чел.	ЧВ50	ФСН № 30, МО	-
п.2	Численность СМП в возрасте 45 лет и младше, чел.	ЧСМП 45	ФСН № 30, МО	-
п.3	Среднесписочная численность врачей, чел.	ССЧВ	Данные МО	-
п.4	Среднесписочная численность СМП, чел.	ССЧСМП	Данные МО	-
1.3.2.2	Доля врачей, зарегистрированных на портале непрерывного медицинского образования (НМО), %	ДВНМО	= ЧВНМО/СЧВ	≥90
1.3.2.2а	Доля СМП зарегистрированных на портале непрерывного медицинского образования (НМО), %	ДСМП НМО	= ЧСМПНМО/ССЧСМП	≥90
п.1	Численность врачей, зарегистрированных на портале НМО, чел.	ЧВНМО	Данные МО	-
п.2	Численность СМП зарегистрированных на портале НМО, чел.	ЧСМП КК	Данные МО	-
1.3.2.3	Доля врачей, имеющих высшую/первую квалификационную категорию (КК), %	ДВКК	=ЧВКК/ССЧВ	≥30
1.3.2.3а	Доля СМП, имеющих высшую/первую квалификационную категорию, (КК), %	ДСМП КК	ЧСМПКК/ССЧСМП	≥30
п.1	Численность врачей, имеющих высшую/первую КК, чел.	ЧВКК	ФСН № 30	-
п.2	Численность СМП, имеющих высшую/первую КК, чел.	ЧСМП КК	ФСН № 30	-
1.3.2.4	Доля врачей в возрасте 45 лет и младше, имеющих высшую/первую КК, %	ДВ45 КК	=ЧВ45КК/ССЧВ	≥15
1.3.2.4а	Доля СМП в возрасте 36 и младше, имеющих высшую/первую КК, %	ДСМП 36КК	=ЧСМП36/ССЧСМП	≥15
п.1	Численность врачей в возрасте 45 лет и младше, имеющих высшую/первую КК, чел.	ЧВ45КК	ФСН № 30, МО	-
п.2	Численность СМП в возрасте 36 и младше, имеющих высшую/первую КК, чел.	ЧСМП 36КК	ФСН № 30, МО	-
<b>2. Продуктивность (Производительность)</b>				
Обеспечение доступности медицинской помощи				
2.1. Качество обеспечения доступности граждан к врачу				
1	2	3	4	5
2.1.1	Доля граждан необеспеченных записью к врачу в утвержденные ТПГГ комфортные и допустимые сроки по самозаписи, %	ДНео П	=КПСН/О КПС	≤15
п.1	Количество граждан, которым не обеспечена самозапись в утвержденные ТПГГ комфортные или допустимые сроки, чел.	КПСН	ЕМИАС	-
п.2	Общее количество граждан, которые воспользовались самозаписью, чел.	ОКПС	ЕМИАС	-
2.1.2	Доля приемов со временем ожидания гражданами приема врача свыше 20 минут, %	ДПО20	=КПО20/О КИ	≤10

Продолжение таблицы Б.1

1	2	3	4	5
п.1	Количество состоявшихся приемов со временем ожидания пациентом приема врача свыше 20 минут, кол-во	КПО2 0	ЕМИАС	-
п.2	Общее количество граждан, пришедших на прием врача, чел.	ОКП	ЕМИАС	-
2.1.3	Доля граждан с недопустимым временем ожидания приема дежурного врача (свыше 60 мин), %	ДПНВ р	= КПНВр/КП ДВ	≤5
2.1.3а	Доля состоявшихся приемов дежурного врача от количества граждан, зарегистрированных в электронной очереди, %	ДСПД В	=КП/КЗПД В	≥85
п.1	Количество граждан с недопустимым (60 мин.) временем ожидания приема, чел.	КПНВ р	ЕМИАС	-
п.2	Количество приемов дежурного врача, кол-во	КПДВ	ЕМИАС	-
п.3	Количество граждан, зарегистрированных в электронной очереди к дежурному врачу, чел.	КЗПД В	ЕМИАС	-
2.2. Качество обеспечения доступности населения к диагностическим (лабораторным и инструментальным) исследованиям				
1	2	3	4	5
2.2.1	Доля граждан, которые ожидали диагностическое исследование не более 10 дней, %	ДДИ1 0	= КПОДИ10/ ОКПДИ	≥90
п.1	Количество граждан, которые ожидали диагностическое исследование не более 10 дней, чел.	КПОД И10	ЕМИАС, МО	-
п.2	Общее количество граждан, которые записаны на диагностические исследования, чел.	ОКПД И	ЕМИАС, МО	-
2.2.1а	Укомплектованность штатных должностей врачей функциональной диагностики (рентгенологами) занятыми должностями, %	УШД ВД	=ЧЗДВД/Ч ШДВД	≥90
п.1	Число занятых должностей врачей функциональной диагностики, ед.	ЧЗДВ Д	ФСН № 30	-
п.2	Число штатных должностей врачей функциональной диагностики, ед.	ЧШДВ Д	ФСН № 30	-
2.2.2	Доля граждан, которые ожидали диагностическое исследование не более 2 дней, %	ДДИ2	= КПОДИ2/ ОКПДИ	≥10
п.1	Количество граждан, которые ожидали диагностическое исследование не более 2 дней, чел.	КПОД И2	ЕМИАС, МО	-
2.2.3	Доля граждан, которые провели диагностические исследования за собственные средства, в общем количестве граждан, записавшихся на диагностические исследования %	ДГСС р	= КГССр/ ОКПДИ	≤3
п.1	Количество граждан, которые провели диагностическое (лабораторное и инструментальное) исследование за собственные средства, чел.	КГСС р	Соцопрос/ медкарта пациента	-



## Продолжение таблицы Б.1

2.3. Качество организации лекарственного обеспечения льготных категорий граждан				
1	2	3	4	5
2.3.1	Наличие реестра граждан (ОКГ), имеющих право на льготное (бесплатное или 50%) лекарственное обеспечение, да/нет	РГЛП	МО/ЕМИА С	Да
2.3.2	Доля ОКГ не обеспеченных лекарственными препаратами в течение 5 дней от даты выписки рецепта, %	ДПЛП 5	= КПЛП5/ОК ПЛП	≤5
п.1	Количество ОКГ, которые не получили лекарственные препараты в течение 5 дней от даты выписки рецепта, чел.	КПЛП 5	МО/Соцоп рос	-
п.2	Общее количество ОКГ, которым выписаны рецепты на лекарственные препараты, чел.	ОКПЛ П	МО/ЕМИА С	-
2.3.3	Доля ОКГ (федеральных льготников), которые не отказались от бесплатного лекарственного обеспечения, %	ДОКГ	= КОКГЛП/ ОКОКГЛП	≥40
п.1	Количество ОКГ (федеральные льготники), которые обеспечиваются лекарственными препаратами бесплатно (на конец/начало отчетного периода), чел.	КОКГ ЛП	МО/ЕМИА С	-
п.2	Общее количество ОКГ (федеральные льготники), имеющих право на бесплатное лекарственное обеспечение (на конец/начало отчетного периода), чел.	ОКОК ГЛП	МО/ЕМИА С	-
2.4. Качество организации медицинской помощи на дому				
1	2	3	4	5
2.4.1	Наличие реестра граждан, которым регулярно требуется медицинская помощь врача на дому, да/нет	РГВ/Д	МО	Да
2.4.2	Наличие колл-центра для приема заказов и направления врачей для оказания медицинской помощи на дому, да/нет	КЦ	МО	Да
2.4.3	Доля обслуженных вызовов врача на дом, %	ДОВВ р	= КРВМП/ КВМП	=100
2.4.4	Среднее количество вызовов на одного врача в смену, кол-во	СКВ1 Вр	= КРВМП/ КВрМПД	14≥СК В1Вр≥ 10
п.1	Количество врачей обеспечивающих медицинскую помощь на дому, чел.	КВрМ ПД	МО	-
п.2	Количество вызовов оказания медицинской помощи на дому, кол-во	КВМП	МО/Колл- центр	-
п.3	Количество реализованных вызовов по оказанию медицинской помощи на дому, кол-во	КРВМ П	ФСН № 30, МО	-
2.5. Качество организации медицинской помощи в условиях дневного стационара				
1	2	3	4	5
2.5.1	Наличие реестра граждан, нуждающихся в плановой и/или регулярной госпитализации в условиях дневного стационара, да/нет	РГДн Ст	МО	Да
2.5.2	Среднее число дней использования койки в дневном стационаре, дней/койка	СЧКД ДнСт	= СКДЛП x СКППК	≥260

Продолжение таблицы Б.1

1	2	3	4	5
п.1	Среднее количество дней лечения одного пациента, дней	СКДЛ П	ФСН № 14ДС	-
п.2	Среднее количество пролеченных пациентов на одной койку, чел.	СКПП К	ФСН № 14ДС	-
2.5.2а	Оборот койко-места в дневном стационаре, чел/койки	ОбКМ ДнСт	= ЧВДнСт/ СЧМДнСт	≥20
п.1	Число выбывших из дневного стационара больных (*1000)	ЧВДн Ст	ФСН № 14ДС	-
п.2	Число среднегодовых пациенто-мест (с учетом смен работы) в дневном стационаре	СЧМД нСт	ФСН № 14ДС, МО	-
2.5.2 б	Средняя длительность пребывания больного в дневном стационаре, дней/чел.	СДлЛ Б	= ОЧДЛБ/ ЧВДнСт	10≥X≥ 5
п.1	Общее число дней, проведенных больными в дневном стационаре, дней	ОЧДЛ Б	ФСН № 14ДС	-
2.5.2в	Доля граждан, которым оказана медицинская помощь в условиях дневного стационара из общего количества граждан, пролеченных в дневном стационаре и в больнице, %	ДБМП ДнСт	= ЧВДнСт/ (ОКБПрСт + ЧВДнСт)	≥25
п.1	Общее количество граждан (прикрепленных к МО), пролеченных в стационарах, чел	ОКБП рСт	ФСН № 14, МО	-
2.5.3	Доля граждан из общего числа граждан, находящихся под диспансерным наблюдением, которые пролечены в условиях дневного стационара, %	ДПДН ДнСт	= КПДНДнС т/ КПДН	≥5
п.1	Количество граждан, находящихся под диспансерным наблюдением, которым оказана медицинская помощь в условиях дневного стационара, чел.	КПДН ДнСт	ФСН № 14ДС МО	-
п.2	Количество граждан, находящихся под диспансерным наблюдением, чел.	КПДН	ФСН № 12	-
2.5.4	Доля граждан необеспеченных за счет МО лекарственными препаратами и медицинскими изделиями, %	ДГНЛ П	= ЧГЕЛП/ ЧВДнСт	≤1
п.1	Число граждан необеспеченных за счет МО лекарственными препаратами и медицинскими изделиями, чел.	ЧГЕЛ П	Соцопрос/ МО	-
<b>3. Результативность</b>				
Обеспечение качества и результативности оказания медицинской помощи				
3.1. Качество организации и проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации граждан				
1	2	3	4	5
3.1.1	Доля граждан, посетивших МО в профилактических целях (ПМО, диспансеризация), %	ДПМ ОД	= ЧГПМОД/ ЧПрН	≥25
п.1	Численность граждан, посетивших МО в профилактических целях (ПМО, диспансеризация), чел.	ЧГПМ ОД	ФСН № 30, МО	-
п.2	Численность прикрепленного населения, чел.	ЧПрН	ФСН № 30, МО	-

## Продолжение таблицы Б.1

1	2	3	4	5
3.1.2	Охват населения диспансеризацией из числа подлежащих диспансеризации, %	ОГД	=ЧГД/ПЧГД	≥95
п.1	Численность граждан, прошедших диспансеризацию, чел.	ЧГД	ОФ № 131	-
п.2	Численность граждан, которым положено пройти диспансеризацию, чел	ПЧГД	ОФ № 131	-
3.1.3	Доля граждан, прошедших диспансеризацию за 3 визита в медицинскую организацию, %	Д	= КГДЗД/ ПЧГД	≥70
п.1	Количество граждан, прошедших диспансеризацию за 3 визита в медицинскую организацию, чел.	КГДЗ Д	МО	-
3.1.4	Доля впервые выявленных заболеваний при прохождении гражданами профилактического медицинского осмотра, диспансеризации в общем объеме впервые выявленных заболеваний, %	Д1ВЗ	= ЧС1ВЗ/ ОЧС1ВЗ	≥5
п.1	Число случаев впервые выявленных заболеваний при прохождении гражданами профилактического медицинского осмотра, диспансеризации, случаи	ЧС1ВЗ	ОФ № 131, ФСН № 12	-
п.2	Общее число случаев впервые выявленных заболеваний у граждан, случаи	ОЧС1 ВЗ	ФСН № 12	-
3.2. Качество организации и оказания медицинской помощи гражданам, прикрепленным к медицинской организации				
1	2	3	4	5
3.2.1	Доля граждан посетивших медицинскую организацию хотя бы один раз за отчетный период в общей численности прикрепленных граждан (уникальные пациенты), %	ДУП	=ЧУП/ ЧПрН	≥70
п.1	Численность граждан посетивших медицинскую организацию, чел.	ЧУП	ЕМИАС, МО	-
п.2	Численность прикрепленного населения, чел.	ЧПрН	ФСН № 30	-
3.2.2	Доля впервые выявленных неинфекционных заболеваний при обращении граждан в МО от общего количества выявленных неинфекционных заболеваний, %	ДС1В З	= ОЧС1ВЗ/ ОЧСВЗ	≥20
п.1	Общее число случаев впервые выявленных заболеваний у граждан, случаи	ОЧС1 ВЗ	ФСН № 12	-
п.2	Общее число случаев выявленных заболеваний, %	ОЧСВ З	ФСН № 12	-
3.2.3	Число вызовов скорой медицинской помощи (СМП) на 1 тыс. прикрепленного населения, случаев	ЧВСМ П1т	= ЧВСМП/ ЧПрН	≤300
п.1	Число вызовов скорой медицинской помощи (СМП), случаев	ЧВСМ П	Данные СкорМедП	-
п.2	Численность прикрепленного населения	ЧПрН	МО	
3.2.4	Численность пациентов, госпитализированных по экстренным показаниям на 100 тыс. прикрепленного населения, чел.	ЧПГЭ П100т	= ЧПГЭП/ ЧПрН	≤70

## Продолжение таблицы Б.1

1	2	3	4	5
п.1	Численность пациентов, госпитализированных по экстренным показаниям, чел.	ЧПГЭ П	МО, ФСН № 14	-
3.2.5	Доля впервые выявленных случаев онкологических заболеваний на ранних стадиях (I и II стадии) от общего количества выявленных случаев онкологических заболеваний, %	ДСРС ОЗ	= ЧРСОЗ/ ОЧСОЗ	≥60
п.1	Число впервые выявленных случаев онкологических заболеваний на ранних стадиях (I и II стадии), случаи	ЧРС ОЗ	ФСН № 7	-
п.2	Общее количество выявленных случаев онкологических заболеваний за отчетный период, случаи	ОЧСО З	ФСН № 7	-
3.2.6	Доля случаев повторного обращения в МО пациентов за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 30 дней со дня завершения амбулаторного лечения, %	ДСПО МО	= ЧСПОМО/ ЧСОМО	≤5
п.1	Число случаев повторного обращения в МО пациентов за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 30 дней со дня завершения амбулаторного лечения, случаи	ЧСПО МО	МО	-
п.2	Число случаев обращения в МО пациентов за медицинской помощью по поводу заболевания, случаи	ЧСОМ О	ФСН № 30	-
3.3. Качество организации и оказания медицинской помощи гражданам, взятым под диспансерное наблюдение				
1	2	3	4	5
3.3.1	Доля граждан взятых под диспансерное наблюдение (ДН) в сроки установленные нормативами, %	ДСБД НСр	= ЧБДНСр/ ЧБДН	≥97
п.1	Численность граждан, взятых под ДН в сроки, установленные нормативами, чел.	ЧБДН Ср	МО	-
п.2	Численность граждан, взятых под ДН за отчетный период, чел	ЧБДН	МО, ФСН № 12	-
3.3.1а	Доля заболеваний у граждан, с впервые в жизни установленным диагнозом, взятых под диспансерное наблюдение, из общего числа заболеваний граждан, находящихся под диспансерным наблюдением, %	ДЗ1Д Н	= ЧЗ1ДН/ ЧЗДН	≥10
п.1	Число впервые выявленных заболеваний у граждан, взятых под ДН, случаев	ЧЗ1Д Н	МО, ФСН № 12	-
п.2	Число заболеваний у граждан, находящихся под ДН, случаев	ЧЗДН	МО, ФСН № 12	-
3.3.2	Доля граждан, находящихся под ДН и посещающих МО с периодичностью, установленной нормативно, %	ДБПУ Ср	= ЧБПУСр/К ПДН	≥90
п.1	Количество граждан, находящихся под ДН и посещающих МО с периодичностью, установленной в нормативах	ЧБПУ Ср	МО, ЕМИАС	-
п.2	Количество граждан, находящихся под ДН, чел.	КПДН	ФСН № 12	-

Продолжение таблицы Б.1

1	2	3	4	5
3.3.3	Доля экстренных госпитализаций граждан, состоящих под ДН, %	ДЭГБ ДН	=КЭГБДН/КПДН	≤15
п.1	Количество экстренных госпитализаций граждан, состоящих под ДН, чел.	КЭГБ ДН	МО	-
3.3.4	Доля вызовов скорой медицинской помощи к гражданам, находящимся под ДН, %	ДВСМ ПДН	=КВСМПДН/КПДН	≤15
п.1	Число вызовов скорой медицинской помощи к гражданам, находящимся под ДН, чел.	КВСМ ПДН	Данные СкорМедП	-
3.3.5	Доля случаев в год (дней) временной нетрудоспособности работающих гражданам, находящимся под ДН, на одного гражданина, находящегося под ДН, %	ДСВН СБДН	=ЧСВНСРБДН/ЧРБДН	≤3
п.1	Число случаев в год (дней) временной нетрудоспособности работающих гражданам, находящимся под ДН, случаи	ЧСВН СРБДН	ФСН №16ВН	-
п.2	Число работающих пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением, чел.	ЧРБДН	Данные МО	-
3.3.6	Доля граждан (трудоспособного возраста), снятых с диспансерного наблюдения в связи с выздоровлением, %	ДВП	=ЧВПДНТрВ/КПДНТрВ	≥10
п.1	Число граждан (трудоспособного возраста), снятых с диспансерного наблюдения в связи с выздоровлением	ЧВПДНТрВ	Данные МО	-
п.2	Число граждан (трудоспособного возраста), находящихся под диспансерным наблюдением	КПДНТрВ	Данные МО	-
<b>3а. Результативность</b>				
Достижение целевых значений медико-демографических показателей				
3а.1. Достижение целевых показателей по увеличению продолжительности жизни населения				
1	2	3	4	5
3а.1.1	Показатель «Ожидаемая продолжительность жизни при рождении» прикрепленного населения, лет	ОПЖ	Мосгорстат МО	≥78 <sup>1</sup>
3а.1.2	Показатель «Продолжительность жизни мужчин» прикрепленного населения, лет	ПЖМ	Мосгорстат МО	-
3а.1.3	Показатель «Продолжительность жизни женщин» прикрепленного населения, лет	ПЖЖ	Мосгорстат МО	-
3а.2. Достижение целевых показателей по снижению смертности населения				
1	2	3	4	5
3а.2.1	Смертность прикрепленного населения (на 100 тыс. населения)	СмПрН	= ЧУПрН/ЧПрН	≤970
3а.2.2	Смертность прикрепленного населения в трудоспособном возрасте (на 100 тыс. нас.)	СПрТВ	= ЧУТВ/ЧПрТВ	≤311 <sup>1</sup>
п.1	Численность умерших граждан, чел	ЧУПрН	-	-
п.2	Численность умерших граждан трудоспособного возраста, чел	ЧУТВ	Росстат, МО	-
п.3	Численность прикрепленного населения трудоспособного возраста, чел	ЧПрТВ	МО, ТФОМС	-

Продолжение таблицы Б.1

1	2	3	4	5
За.2.3	Смертность прикрепленного населения от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения) /Стандартизированный коэффициент смертности (СКС)	СБСК	= ЧУБСК/ ЧПрН	$\leq 530$ / СКС $\leq 370^1$
п.1	Численность умерших граждан от болезней системы кровообращения, чел	ЧУБС К	Росстат, МО	-
п.2	Численность прикрепленного населения, чел.	ЧПрН	ФСН № 30, МО	-
За.2.4	Смертность прикрепленного населения от новообразований, в т.ч. злокачественных (на 100 тыс. населения)/ Стандартизированный коэффициент смертности (СКС)	СН	= ЧУН/ ЧПрН	$\leq 210$ / СКС $\leq 151^1$
п.1	Численность умерших граждан от новообразований, в т.ч. злокачественных, чел.	ЧУН	Росстат, МО	-
Примечание - На основании данных Государственной программы города Москвы «Развитие здравоохранения города Москвы»				

Источник: составлено автором.

**Приложение В**  
(информационное)  
**Анкетирование медицинского персонала**

Анкета для медицинского персонала медицинской организации, оказывающей  
первичную медико-санитарную помощь взрослому населению

*Уважаемый коллега!*

*Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ проводит исследование, посвященное вопросам оказания медицинской помощи.*

*Ваше мнение крайне важно для нас. Полученные в ходе исследования данные будут обработаны в обезличенной, анонимной форме.*

**1. Пол**

- 1) мужской
- 2) женский

**2. Возраст (ВОПРОС ДЛЯ ЖЕНЩИН)**

- 1) 18-35
- 2) 36-45
- 3) 46-50
- 4) 51-55
- 5) 56 лет и более

**7. Стаж работы в медицинской организации:**

- 1) до 3 лет
- 2) 4-10 лет
- 3) 11-20 лет
- 4) свыше 20 лет

**Возраст (ВОПРОС ДЛЯ МУЖЧИН)**

- 1) 18-35
- 2) 36-45
- 3) 46-50
- 4) 51-60
- 5) 61 год и более

**3. Должность:**

- 1) врач
- 2) медицинская сестра

**4. Общий стаж работы в здравоохранении:**

- 1) до 3 лет
- 2) 4-10 лет
- 3) 11-20 лет
- 4) свыше 20 лет

**5. Должность:**

- 3) врач
- 4) медицинская сестра

**6. Общий стаж работы в здравоохранении:**

- 5) до 3 лет
- 6) 4-10 лет
- 7) 11-20 лет
- 8) свыше 20 лет

**8. Направление работы. Врач (медицинская сестра, работающая с врачом):**

- 1) 1 уровня (терапевт, ВОП, хирург, ЛОР, офтальмолог, уролог) – *подчеркнуть*
- 2) 2 уровня (врач-специалист), *укажите специальность* \_\_\_\_\_
- 3) дежурный врач
- 4) врач, работающий по вызовам на дом
- 5) другое (*укажите*) \_\_\_\_\_

**9. Квалификационная категория (возможно ДВА варианта ответа):**

- 1) нет категории
- 2) высшая
- 3) первая
- 4) вторая
- 5) московский врач

**10. Устраивает ли Вас график работы?**

- 1) да
- 2) скорее да, чем нет
- 3) скорее нет, чем да. *Укажите причину* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 4) определенно нет. *Укажите причину* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 5) затрудняюсь ответить

**11. Укажите по 10-бальной шкале Вашу удовлетворенность работой в медицинской организации:**

полностью не удовлетворен	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	полностью удовлетворен
---------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------------------

**12. Какой норматив продолжительности приема пациента установлен в Вашей поликлинике для Вашей специальности?**

- 1) 12 минут
- 2) 15 минут
- 3) 20 минут
- 4) 30 минут
- 5) другое (*укажите*) \_\_\_\_\_

**13. Достаточно ли Вам нормативного времени длительности приема, чтобы осмотреть пациента и заполнить необходимую документацию?**

- 1) да
  - 2) нет, заполнение документации во время приема отнимает много времени
  - 3) нет, поэтому документы заполняю по окончании рабочего времени
  - 4) затрудняюсь ответить, все зависит от пациента
- другое (*укажите*) \_\_\_\_\_

**14. Каковы Ваши действия в случае превышения установленных нормативов времени приема пациента?**

- 1) осуществляю прием всех пациентов, записавшихся на прием вне зависимости от продолжительности рабочей смены
- 2) стараюсь сократить время приема последующих пациентов
- 3) другое (*укажите*) \_\_\_\_\_



**15. По вашему мнению, какой принцип работы с населением способствует повышению качества медицинской помощи?**

- 1) четкое разделение пациентов по «участкам»
- 2) возможность записи к любому «свободному» врачу
- 3) другое (*укажите*) \_\_\_\_\_

**16. Наличие какой дополнительной информации о причине посещения пациентом медицинской организации, по Вашему мнению, упростит работу врача (среднего медицинского персонала, ведущего прием)? (*укажите ВСЕ подходящие варианты ответа*)**

- 1) дополнительная информация не нужна
- 2) пациент записался в связи с заболеванием
- 3) пациент записался повторно в связи с заболеванием
- 4) пациент записался на профилактический осмотр/ в связи с прохождением диспансеризации
- 5) пациенту нужна справка или выписка, другой документ
- 6) другая информация (*укажите, какая*) \_\_\_\_\_

**17. Можете ли Вы осуществить запись на консультацию специалиста в день обращения пациента?**

- 1) да, могу осуществить запись на консультацию специалиста в день обращения
- 2) да, могу осуществить предварительную запись на выбранную пациентом дату и время в рамках имеющихся свободных интервалов, сформированных системой ЕМИАС
- 3) да, могу оформить направление на консультацию специалиста с указанием периода его действия для самостоятельной записи пациентом в системе ЕМИАС в течение периода действия направления
- 4) нет, иногда я не могу выдать направление, так как в системе ЕМИАС нет свободных интервалов для записи
- 5) другое (*укажите*) \_\_\_\_\_

**18. Всегда ли Вы можете записать пациента (если есть показания) на диагностическое обследование? (*укажите ВСЕ подходящие варианты ответа*)**

- 1) да, могу осуществить предварительную запись на выбранную пациентом дату и время в рамках имеющихся свободных интервалов, сформированных системой ЕМИАС
- 2) да, могу оформить направление на диагностическое обследование с указанием периода его действия для самостоятельной записи пациентом в системе ЕМИАС в течение периода действия направления
- 3) нет, иногда я не могу выдать направление, так как в системе ЕМИАС нет свободных интервалов для записи, и я выдаю направление без даты
- 4) нет, иногда я не могу выдать направление, так как в системе ЕМИАС нет свободных интервалов для записи, и я предлагаю пациенту прийти еще раз
- 5) другое (*укажите*) \_\_\_\_\_

**19. Сталкиваетесь ли Вы с недовольством пациентов результатом Вашего приема?**

- 1) да, иногда пациенты высказывают недовольство в связи с неназначением им желаемых диагностических обследований/ консультаций специалистов, не показанных, при имеющемся (выявленном) заболевании
- 2) нет, никогда
- 3) другое (*укажите*) \_\_\_\_\_

**20. Как Вы считаете, всегда ли пациент имеет возможность записаться к врачу в удобные для себя дни и время?**

- 1) да, пациенту предоставляется возможность обратиться к дежурному врачу

- 2) нет, возможны трудности при записи к врачам отдельных специальностей
- 3) затрудняюсь ответить

**21. Как Вы относитесь к увеличению объемов исследований и изменению сроков прохождения диспансеризации для отдельных групп взрослого населения?**

- 1) положительно, это будет способствовать уменьшению обращений населения за медицинской помощью по заболеванию
- 2) это никак не повлияет на количество обращений населения за медицинской помощью
- 3) другое (*укажите*) \_\_\_\_\_

**22. Как вы оцениваете отношение пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением, к своему лечению? (можно выбрать ДВА ответа)**

- 1) я не работаю с пациентами, находящимися под диспансерным наблюдением
- 2) пациенты регулярно приходят на прием в установленный для них период времени, выполняют предписания врача и проходят обследования
- 3) некоторые пациенты приходят слишком часто, даже когда для этого нет причины
- 4) некоторым пациентам приходится напоминать о том, чтобы они пришли на прием
- 5) не все пациенты выполняют предписания врача
- 6) другое (*укажите*) \_\_\_\_\_

**23. Есть ли у Вас заинтересованность в повышении своего квалификационного уровня?**

- 1) да, я делаю это по собственной инициативе
- 2) да, в организации создана система мотивации
- 3) возможно, если бы существовал стимул для поддержания или повышения квалификационной категории
- 4) нет, мне это не нужно/не интересно
- 5) другое (*укажите*) \_\_\_\_\_

**24. С какой основной целью Вы хотели бы повысить квалификационную категорию?**

- 1) повышение дохода
- 2) повышение профессионального статуса/самооценки и уважение коллег и пациентов
- 3) нет особой цели
- 4) другое (*укажите*) \_\_\_\_\_

**25. Если в течение последних 2 лет Вы занимались повышением квалификационной категории, устраивают ли Вас формы и программы обучения?**

- 1) не проходил обучение за последние 2 года
- 2) полностью устраивают
- 3) скорее да, чем нет
- 4) скорее нет, чем да
- 5) совершенно не устраивают
- 6) затрудняюсь ответить

**26. Бывает ли у Вас желание поменять место работы? С чем это в большей мере связано?**

- 1) нет, меня все устраивает
- 2) да, меня не устраивает уровень заработной платы
- 3) да, меня не устраивает интенсивность и объем работы
- 4) другое (*укажите*) \_\_\_\_\_

**27. Что, по Вашему мнению, является наиболее частой причиной увольнения работников медицинской организации?**

- 1) низкая заработная плата
- 2) некомфортные условия труда

3) отсутствие системы мотивации (включая нематериальную мотивацию – почетные грамоты, благодарность от руководства и др.)

4) другие причины (*укажите*) \_\_\_\_\_

**26. Всегда ли ваши пациенты могут обеспечить себя лекарственными препаратами, которые вы им назначаете?**

1) да, почти все и всегда

2) я их об этом не спрашиваю

3) льготные категории граждан всегда

4) не всегда, если стоимость препаратов высокая

5) другое (*укажите*) \_\_\_\_\_

*Спасибо за уделенное время!*

**Приложение Г**  
(информационное)  
**Социологический опрос граждан**

Анкета для граждан, прикрепленных к медицинской организации, оказывающей  
первичную медико-санитарную помощь взрослому населению

*Добрый день! Мы проводим исследование, посвященное вопросам оказания медицинской  
помощи. В целях контроля качества моей работы интервью будет записано. Вы  
согласны пройти опрос?*

**1. Пол**

- 1) мужской ПЕРЕЙДИТЕ К ВОПРОСУ 3
- 2) женский

**2. Возраст**

- 1) 18-39 ПЕРЕЙДИТЕ К ВОПРОСУ 4
- 2) 40-54 ПЕРЕЙДИТЕ К ВОПРОСУ 4
- 3) 55-75 ПЕРЕЙДИТЕ К ВОПРОСУ 4
- 4) старше 75 ПЕРЕЙДИТЕ К ВОПРОСУ 4

**3. Возраст**

- 1) 18-39
- 2) 40-59
- 3) 60-75
- 4) старше 75

**4. Социальное положение:**

- 1) учащийся (студент)
- 2) работающий
- 3) пенсионер (не работающий)
- 4) работающий пенсионер
- 5) иждивенец (на содержании супруга/супруги, родителей), безработный
- 6) другое (укажите, что именно) \_\_\_\_\_

**5. Как долго Вы проживаете в Москве?**

- 1) более 5 лет
- 2) от года до 5 лет
- 3) нахожусь в Москве временно

**6. Прикреплены ли Вы к данной медицинской организации?**

- 1) да, прикреплен
- 2) нет, это разовое обращение в данную медицинскую организацию

**7. Как часто Вы посещали поликлинику в 2019 году?**

- 1) 1 раз
- 2) 2-5 раз
- 3) 6-10 раз
- 4) регулярно, несколько раз в месяц
- 5) другое (укажите) \_\_\_\_\_

**8. Можете ли Вы записаться к врачу 1 уровня в удобный для Вас день и время (терапевт, врач общей практики, офтальмолог, ЛОР, хирург, уролог)?**

- 1) да, всегда
- 2) чаще да, чем нет
- 3) чаще нет, чем да
- 4) нет
- 5) затрудняюсь ответить

**9. Приходилось ли Вам обращаться к дежурному врачу?**

- 1) нет, не приходилось
- 2) да, потому что не удалось записаться на прием к врачу
- 3) другое (*укажите*) \_\_\_\_\_

**10. Вспомните посещения врача в 2019 году. Как долго Вы обычно ожидали приема в очереди?**

- 1) не ожидал, принимали точно по времени/раньше времени
- 2) ожидал менее 5 минут
- 3) 6-15 минут
- 4) 16-30 минут
- 5) ожидал более 30 минут

**11. Опаздывали ли Вы на прием к врачу в назначенное Вам время?**

- 1) нет, никогда
- 2) да, но не более, чем на 5 минут
- 3) да, но не более чем на 20 минут
- 4) да, иногда более 20 минут
- 5) иногда вообще не приходил

**12. Проходили ли Вы диспансеризацию?**

- 1) нет, не проходил ПЕРЕЙДИТЕ К ВОПРОСУ 17
- 2) да

**13. Укажите, в каком году Вы проходили диспансеризацию в последний раз?** \_\_\_\_\_

**14. Вспомните последний раз, когда Вы проходили диспансеризацию. Сколько раз Вам пришлось посещать медицинскую организацию для полного завершения диспансеризации?**

- 1) один ПЕРЕЙДИТЕ К ВОПРОСУ 16
- 2) два
- 3) три
- 4) больше трех раз

**15. С чем было связано посещение медицинской организации более 1 раза? (*укажите ВСЕ подходящие варианты ответа*)**

- 1) пришлось прийти еще раз, чтобы сделать обследования (рентген, сдать кровь и т.д.)
- 2) меня направили к другим врачам на дополнительные консультации
- 3) узнать результаты диспансеризации
- 4) другое (*укажите*) \_\_\_\_\_

**16. Ознакомил ли Вас врач с результатом диспансеризации (с Вашей группой состояния здоровья, результатами обследования и выявленными заболеваниями)?**

- 1) я не посещал врача после прохождения обследований
- 2) да, ознакомил

- 3) нет, не ознакомил  
 4) другое (укажите) \_\_\_\_\_

**17. Откуда Вы узнали о возможности прохождения диспансеризации?**

- 1) пришло СМС-оповещение от страховой медицинской организации  
 2) был проинформирован медицинскими работниками по почте, по телефону, с помощью других средств связи  
 3) был проинформирован медицинскими работниками при непосредственном посещении поликлиники по другому поводу  
 4) от членов семьи, знакомых  
 5) от работодателя  
 6) из средств массовой информации  
 7) другое (укажите) \_\_\_\_\_

**18. Состоите ли Вы под диспансерным наблюдением в медицинской организации?**

- 1) нет, не состою ПЕРЕЙДИТЕ К ВОПРОСУ 20  
 2) да, на основании результатов диспансеризации  
 3) да, после моего обращения к врачам и результатов обследования  
 4) затрудняюсь ответить ПЕРЕЙДИТЕ К ВОПРОСУ 20

**19. Кто принимает решение о частоте посещения врача?**

- 1) я сам решаю, когда приходит к врачу  
 2) врач говорит, когда мне нужно прийти к нему на прием  
 3) другое (укажите) \_\_\_\_\_

**20. Приходилось ли Вам ждать получения от терапевта направления к врачу-специалисту (эндокринологу, кардиологу и т.д.)?**

- 1) нет, он всегда сразу записывает меня к врачу-специалисту на прием ПЕРЕЙДИТЕ К ВОПРОСУ 22  
 2) нет, врач выписывает мне направление без даты, и я могу самостоятельно записаться к врачу-специалисту  
 3) да, иногда приходится приходиться за направлением еще раз ПЕРЕЙДИТЕ К ВОПРОСУ 22  
 4) другое (укажите) \_\_\_\_\_

**21. В случае, когда Вам выдавали направление без даты, была ли у Вас возможность записаться на ближайшие 10 дней?**

- 1) не выдавали такого направления  
 2) да, мог  
 3) нет, не мог  
 4) затрудняюсь ответить

**22. Приходилось ли Вам ждать получения от врача направления на обследование (кроме компьютерной томографии или МРТ)?**

- 1) нет, он всегда сразу записывает меня на удобный для меня день и время в течение 10 дней ПЕРЕЙДИТЕ К ВОПРОСУ 24  
 2) нет, но врач выписывает мне направление без даты, и я записываюсь сам  
 3) да, потому что у врача не всегда есть возможность сразу записать меня на обследование ПЕРЕЙДИТЕ К ВОПРОСУ 24  
 4) другое (укажите) \_\_\_\_\_

**23. В случае, когда Вам выдавали направление без даты, была ли у Вас возможность записаться на ближайшие 10 дней?**

- 1) не выдавали такого направления

- 2) да
- 3) нет
- 4) затрудняюсь ответить

**24. Вспомните последний раз, когда Вы обращались к врачу за направлением на диагностическое обследование, на какую дату Вам его назначили?**

- 1) на тот же день ПЕРЕЙДИТЕ К ВОПРОСУ 26
- 2) зависит от вида обследования, но в течение 10 дней ПЕРЕЙДИТЕ К ВОПРОСУ 26
- 3) в течение месяца ПЕРЕЙДИТЕ К ВОПРОСУ 26
- 4) мне отказали в направлении
- 5) другое (укажите) \_\_\_\_\_ ПЕРЕЙДИТЕ К ВОПРОСУ 26

**25. Укажите, пожалуйста, причину отказа в направлении на диагностическое обследование:**

---



---

**26. Приходилось ли Вам в 2019 году обращаться в медицинские организации за платной медицинской помощью?**

- 1) нет, не приходилось ПЕРЕЙДИТЕ К ВОПРОСУ 28
- 2) да, ходил на консультацию
- 3) да, проходил обследования (все, кроме КТ/МРТ)
- 4) да, для проведения КТ/МРТ
- 5) другое (укажите) \_\_\_\_\_

**27. Назовите причину, по которой Вы решили обратиться в медицинские организации за платной медицинской помощью? (укажите ВСЕ подходящие варианты ответа)**

- 1) мне не выдали направление к врачу-специалисту
- 2) мне не выдали направление на диагностическое обследование
- 3) мне не выдали направление объясняя тем, что необходимая мне медицинская услуга не является бесплатной (обследование не является бесплатным)
- 4) мне не понравилось медицинское обслуживание в поликлинике, и я решил обратиться к частному врачу
- 5) другое (укажите) \_\_\_\_\_

**28. Пользовались ли Вы услугами дневного стационара в 2019 году?**

- 1) нет
- 2) да, по направлению от врача из поликлиники
- 3) да, после выписки из больницы
- 4) другое (укажите) \_\_\_\_\_

**29. Нравится ли Вам такая форма оказания помощи как «дневной стационар»?**

- 1) да, очень удобно
- 2) нет, я предпочел бы лечь в стационар/больницу
- 3) другое (укажите) \_\_\_\_\_

**30. Приходилось ли Вам в 2019 году получать от врача направление на госпитализацию?**

- 1) да
- 2) нет, я просил, но мне не дали ПЕРЕЙДИТЕ К ВОПРОСУ 32
- 3) нет, я попал в больницу по скорой (неотложной) медицинской помощи ПЕРЕЙДИТЕ К ВОПРОСУ 32
- 4) другое (укажите) \_\_\_\_\_ ПЕРЕЙДИТЕ К ВОПРОСУ 32

**31. Если Вы получали направление в больницу, то как долго Вы ожидали плановой госпитализации?**

- 1) менее 20 дней
- 2) более 20 дней

**32. Приходилось ли Вам в 2019 году вызывать для себя врача на дом в связи с заболеванием?**

- 1) да
- 2) нет ЗАКОНЧИТЬ АНКЕТУ
- 3) затрудняюсь ответить ЗАКОНЧИТЬ АНКЕТУ

**33. В целом, удовлетворены ли Вы тем, как организован процесс вызова врача на дом (обращение за помощью, время прибытия, оказанная помощь и т.д.)?**

- 1) полностью удовлетворен ПЕРЕЙДИТЕ К ВОПРОСУ 34
- 2) скорее удовлетворен ПЕРЕЙДИТЕ К ВОПРОСУ 34
- 3) скорее не удовлетворен ПЕРЕЙДИТЕ К ВОПРОСУ 35
- 4) полностью не удовлетворен ПЕРЕЙДИТЕ К ВОПРОСУ 35
- 5) затрудняюсь ответить ЗАКОНЧИТЬ АНКЕТУ

**34. Назовите, чем именно Вы остались ДОВОЛЬНЫ при вызове врача на дом?**

---



---

**35. Назовите, чем именно Вы остались НЕДОВОЛЬНЫ при вызове врача на дом?**

---



---

**36. Вам приходилось покупать лекарственные препараты по назначению врача?**

- 1) врач не назначал мне лекарственные препараты
- 2) я льготник и получаю препараты бесплатно
- 3) да всегда покупаю то, что назначает врач
- 4) назначенные врачом препараты слишком дорогие и я покупаю другие – дешевле
- 5) я не всегда покупаю препараты назначенные мне врачом

**37. В целях контроля качества моей работы, назовите, пожалуйста, контактный телефон:** \_\_\_\_\_

*Спасибо за участие в опросе!*