

**О результатах аудита эффективности использования
государственных ресурсов на оказание гражданам
Российской Федерации бесплатной медицинской помощи,
предоставляемой в соответствии с требованиями статьи 41
Конституции Российской Федерации (с учетом материалов
контрольно-счетных органов субъектов Российской Федерации)**

**(Выступление аудитора В. П. Горегляда на расширенном заседании Коллегии
Счетной палаты Российской Федерации, 6 декабря 2005 года)**

Уважаемые коллеги!

Для достижения целей данной работы мы сформулировали три основные задачи:

- оценка реализации территориальных программ госгарантий;
- выяснить, как реализуется Программа государственных гарантий на макроуровне, т.е. на территории всей страны;
- определить возможные риски реализации данной Программы.

Безусловно, первая проблема, которую предстояло решить на начальном этапе – это разработка критериев и показателей, позволяющих дать научно достоверную оценку.

В этих целях распоряжением Председателя Счетной палаты в феврале 2004 года был создан Экспертный совет, в состав которого вошли видные ученые и практики в области здравоохранения.

Разработанные Экспертным советом критерии оценки эффективности одобрены Коллегией Счетной палаты и согласованы с Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Экспертным советом было предложено оценивать взаимоотношение различных показателей по трем критериям:

- доступность бесплатной медицинской помощи населению;
- уровень обеспеченности ресурсами – финансовыми, материальными, кадровыми;
- качество медицинской помощи и показатели здоровья населения.

На этой основе были разработаны Методика и Методические рекомендации проведения на федеральном и региональном уровнях аудита эффективности использования государственных ресурсов на оказание гражданам бесплатной медицинской помощи.

Также в соответствии с планом научно-исследовательской деятельности, Направлением совместно с ГНИИ системного анализа Счетной палаты Российской Федерации, Национальным НИИ общественного здоровья Российской академии медицинских наук, Всероссийским центром изучения общественного мнения, Экспертным советом, проведен ряд научно-исследовательских работ, связанных с эффективностью использования государственных средств в здравоохранении.

Так, проведена сравнительная оценка здоровья населения Российской Федерации и ведущих стран мира, социальный опрос «Обследование населения о расходах на медицинские услуги по всероссийской репрезентативной выборке домохозяйств», в том числе в Воронежской и Ленинградской областях.

Проведена оценка влияния уровня реализации территориальных программ госгарантий на здоровье населения в субъектах Российской Федерации и комплексная оценка показателей качества медицинской помощи по регионам. Вместе с нами эту работу проводили контрольно-счетные органы 30 субъектов Российской Федерации.

Мы провели анализ государственных расходов и личных расходов граждан на платные медицинские услуги, включая неучтенные расходы, и сопоставили это с результатами показателей здоровья населения по различным видам заболеваний с учетом специфики регионов. Доложу основные результаты.

Вернемся к трем ранее названным мною критериям. Первое. Что касается качества медицинской помощи и показателей здоровья населения.

Результаты аудита показали, что в последнее десятилетие состояние здоровья населения России заметно ухудшилось, о чем свидетельствуют показатели заболеваемости, смертности, средней продолжительности жизни. По показателю ожидаемой продолжительности жизни для мужчин Россия занимает 134 место в мире, для женщин – 100 место. Опережающий рост смертности от предотвратимых причин и омоложение смертности от них свидетельствуют о снижении внимания к профилактике и ухудшении диагностики и качества лечения.

За год в России регистрируется более 200 млн. различных заболеваний. Во многих субъектах показатели заболеваемости имеют опережающий темп прироста по сравнению со средними показателями по стране, что в целом говорит о неблагоприятном состоянии здоровья населения.

Для России характерен низкий уровень рождаемости и высокий уровень смертности с низкой продолжительностью жизни, особенно у мужчин. В целом по России по предварительным итогам, подведенным Росстатом, число умерших в 2004 году составило 2,3 млн. человек, при этом показатели средней продолжительности жизни примерно на 10 лет меньше, чем в странах с развитой экономикой.

Увеличивается разрыв в уровнях смертности населения России и отдельных стран Западной Европы. Так, если в 1990 году уровни смертности в России были выше, чем во Франции, Германии, Нидерландах и Великобритании в 1,4-1,7 раза, то уже в 2003 году выше в 2,3-2,6 раза. Смертность от болезней кровообращения, а также инфекционных и паразитарных заболеваний в 2 и более раза превышает аналогичные показатели, регистрируемые в странах Европы, США, Японии.

При сохранении в дальнейшем в России современного уровня по возрастной смертности из нынешнего поколения родившихся мальчиков до 60 лет доживет только 50 %, девочек – 80 процентов.

Я прошу вас осознать следующий шокирующий вывод.

По данным Всемирной организации здравоохранения, смертность в России прогрессивно растет по всем классам заболеваний, в первую очередь – от болезней системы кровообращения, от несчастных случаев, травм и отравлений, от новообразований. Это обойдется России с 2005 по 2015 год потерей 4 млн. жизней российских граждан и национального дохода в размере 300 млрд. долларов. Как следствие неблагоприятной социально-экономической ситуации растет потребность в медицинской помощи. Увеличивается доля обращений к врачу по поводу хронических патологий. Течение болезней становится более тяжелым и длительным. Растет удельный вес запущенных заболеваний, лечение которых требует значительных затрат.

Состояние системы здравоохранения характеризуется наличием фундаментальных проблем, требующих принятия принципиальных решений о дальнейших действиях государства. Главными при этом являются проблемы организационно-экономические.

Думаю, никого не удивлю в этом зале, если скажу, что существующие государственные обязательства в сфере здравоохранения носят декларативный характер. С 1998 года Правительством России ежегодно утверждается Программа государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи. Однако ее принятие не решает проблемы несбалансированности государственных

гарантий и их финансового обеспечения. Результаты аудита, проведенного в субъектах Российской Федерации, показывают, что в абсолютном большинстве из них эта программа не обеспечивается имеющимися государственными средствами. Дефицит составляет 40-50 %. Он покрывается вынужденными расходами пациентов на оплату лекарств и медицинских услуг. Предусмотренная программой реструктуризация системы медицинской помощи проводится пока очень медленно.

Нарастание платности, в свою очередь, порождает скрытую коммерциализацию государственных и муниципальных лечебно-профилактических учреждений, теневую приватизацию прав на использование их мощностей и получение доходов. Это создает предпосылки для роста криминальных проявлений в здравоохранении, подрывает профессиональную мораль, разрушает общественное здравоохранение.

Государственное финансирование здравоохранения в Российской Федерации составляет менее 3 % от ВВП, что значительно ниже рекомендуемого Всемирной организацией здравоохранения (5 % от ВВП) и расходов на здравоохранение в Европе (6-9 процентов).

Теперь перейдем к анализу критерия доступности бесплатной медицинской помощи. Мы указываем на то, что несбалансированность объемов медицинской помощи по нормативу, невыполнение федеральных нормативов объемов медицинской помощи по Программе госгарантий ограничивают доступность бесплатной медицинской помощи. Особенно для отдаленных территорий и села. Не обеспечивается доступность населения к профилактической медицинской помощи. В период 2001-2004 годов доступность медицинской помощи низкая в большинстве субъектов Российской Федерации (около 70 % всех субъектов Российской Федерации).

Можно сделать вывод о наличии в большинстве регионов формального подхода к заключению генеральных соглашений и невыполнении постановления Правительства Российской Федерации от 6 мая 2003 года № 255 по формированию государственных и муниципальных заданий по обеспечению государственных гарантий оказания гражданам России бесплатной медицинской помощи.

Анализ финансовой обеспеченности территориальных программ госгарантий показывает, что сохраняются резкие различия – в десятки раз – в уровне фактического подушевого финансирования в различных субъектах Российской Федерации, в силу неравномерности социально-экономического развития регионов (в 2004 году – от 1680 рублей до 20514 рублей).

При этом фактические взносы на неработающее население в 2002 году были меньше рекомендуемого подушевого норматива в 85 регионах, в 2003 году – в 87.

Кроме того, во многих регионах территориальными программами госгарантий не учитываются уровень и структура заболеваемости населения, а, следовательно, его потребность в медпомощи; программы утверждаются и исполняются с дефицитом.

Ежегодный дефицит финансирования Программы, слабая материально-техническая база лечебно-профилактических учреждений, низкий уровень укомплектованности врачами и средним медперсоналом в первую очередь по причине низких заработных плат отрицательно сказываются на качестве предоставляемой медицинской помощи. В отчете также приведены данные по регионам. Проанализировав вышеназванные критерии, мы смогли перейти к решению главной задачи настоящего исследования – оценке эффективности государственных расходов на оказание бесплатной медицинской помощи. Для этого нам понадобилось провести ряд научно-исследовательских работ с целью установления взаимосвязи между показателями реализации территориальных программ и показателями здоровья населения.

По результатам проведенной комплексной оценки медико-социального эффекта по методике члена нашего Совета – профессора В. О. Флека – регионы России распределены на три группы: с высоким, средним и низким уровнем медико-социального эффекта.

Так, в 2003 году к I группе с высоким уровнем показателей относятся всего 16 территорий (18,4 %), ко II группе со средним – 28 территорий (32,2 %). В 43 субъектах (49,4 %) отмечен низкий уровень медико-социального эффекта.

Одновременно с этим хочу обратить внимание на прямые экономические потери для страны.

Только по 18 субъектам Российской Федерации с низким уровнем медико-социального эффекта при реализации территориальных программ госгарантий в 2004 году в условиях недостаточного развития стационарозамещающих технологий суммарные экономические потери составили 1,3 млрд. рублей.

Таким образом, результаты аудита позволяют сделать главный вывод – конституционная норма обеспечения государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи не выполняется в полном объеме.

Не менее важным является вывод о том, что предоставляемые населению платные медицинские услуги и медицинская помощь, предоставляемая в рамках добровольного медицинского страхования, не являются дополнительными к гарантируемым государством объемам бесплатной медицинской помощи.

Результаты научно-исследовательских работ, проведенных Направлением совместно с ГНИИ системного анализа Счетной палаты и Экспертным советом, выявили тенденцию обратной зависимости подушевого уровня государственного финансирования территориальных программ госгарантий и личных расходов населения на платные медицинские услуги, включая неучтенные расходы. Чем выше доля государственных средств, выделяемых на реализацию территориальных программ, тем ниже доля расходов населения на платные медицинские услуги, включая теневые.

Проанализировав результаты контрольных мероприятий контрольно-счетных органов России и данные, поступившие с территорий, можно сделать вывод о том, что в подавляющем большинстве субъектов Российской Федерации выявлена прямая зависимость показателей здоровья населения и уровня государственного финансирования территориальных программ. При увеличении средств на реализацию территориальных программ, улучшаются показатели здоровья населения. При сопоставлении субъектов по показателям реализации территориальных программ государственных гарантий и показателей медико-социального эффекта за 2003 год установлено, что 31 % территорий России, имеющих высокий уровень показателей здоровья, относятся к субъектам с высоким и средним уровнем реализации территориальных программ.

Вынуждены отметить, что по прогнозным оценкам динамика показателей здоровья населения в 2005-2006 годах по-прежнему будет негативной. Общий уровень рождаемости останется весьма низким.

При этом, при увеличении государственных расходов на здравоохранение в целом, наблюдается тенденция к снижению расходов государства на финансирование Программы государственных гарантий в текущем периоде. И согласно прогнозу Минэкономразвития России, произойдет дальнейшее снижение в 2006-2008 годы с 2,9 % до 2,2 % от ВВП. Это свидетельствует об отсутствии программно-стратегического планирования развития здравоохранения в части бесплатной медпомощи, и о фрагментарности финансирования здравоохранения.

Оценивая перспективы развития отрасли, мы должны принять во внимание и все возможные риски.

К основным факторам риска реализации Программы государственных гарантий, органами управления здравоохранением субъектов и территориальными фондами ОМС отнесены:

- уменьшение ставки единого социального налога (потери системы ОМС составляют около 17 млрд. рублей);
- отсутствие утвержденных нормативов страховых взносов на неработающих граждан;
- недостаточное финансовое обеспечение территориальных программ;
- возможное изменение организационно-правовой формы собственности учреждений здравоохранения.

Пользуясь присутствием на сегодняшнем заседании руководителей отрасли должен сказать, что аудит эффективности показал, что не в полной мере выполнена одна из основных задач Федерального фонда ОМС – обеспечение финансовой устойчивости системы обязательного медицинского страхования и создание условий для выравнивания объема и качества медицинской помощи на всей территории страны.

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации не в полном объеме осуществляет функции по нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения. Законодательная база не совершенна. Отсутствует законодательное закрепление за органами исполнительной власти в системе здравоохранения функций контроля за реализацией Программы государственных гарантий, отсутствует четкое законодательное разграничение платности и бесплатности медицинской помощи. Не отработан и не внедрен механизм формирования государственного заказа по выполнению государственных гарантий.

Таким образом, результаты аудита выявили, что ресурсы системы здравоохранения используются с низкой эффективностью. Эта проблема приобретает особую актуальность сейчас, когда начата реализация национального президентского проекта «Здоровье» и выделяются дополнительные средства.

Главными причинами низкой эффективности является:

- неупорядоченность многоканальной системы государственного финансирования здравоохранения за счет средств ОМС и бюджетов всех уровней;
- неудовлетворительная координация действий органов управления здравоохранением и всех субъектов ОМС, ослабление функций стратегического и текущего планирования в их деятельности;
- сохранение принципа финансирования лечебно-профилактических учреждений из бюджета в расчете на ресурсные показатели (коэффициент фонд, штаты и прочее) вне зависимости от их реальной работы. Из-за чего консервируются излишние мощности лечебно-профилактических учреждений;
- и, наконец, то, что законодательное регулирование не формирует единства системы здравоохранения, не позволяет обеспечить эффективное использование ресурсов отрасли и не создает условия для рациональных форм привлечения средств населения.

С нашей точки зрения, для достижения поставленной Президентом Российской Федерации цели – повышения реальной доступности медицинской помощи для широких слоев населения – необходимо решать в первую очередь три главные задачи:

- сбалансировать государственные гарантии обеспечения населения медпомощью с финансовыми возможностями государства;

– обеспечить устойчивость и одноканальность системы финансирования сферы здравоохранения;

– внедрить механизмы финансового планирования и механизмы оплаты медицинской помощи, стимулирующие рост эффективности использования ресурсов в здравоохранении.

Для решения вышеперечисленных задач основными мероприятиями должны стать:

1. Развитие механизмов координации различных звеньев системы управления здравоохранением. Введение системы комплексного планирования. В условиях федерации и широких прав, местного самоуправления, необходима система договорного планирования, чтобы восстановить единство политики в области здравоохранения. Внедряемый механизм разработки программ государственных гарантий нужно развивать в систему комплексного планирования. Его предметом на каждом уровне должна выступать соответствующая система здравоохранения как единое целое и как часть всей системы здравоохранения.

Ключевой задачей стратегического планирования должно стать определение структурных преобразований, необходимых для повышения эффективности использования ресурсов. В ежегодных планах должны быть показатели объемов и структуры медицинской помощи, оказываемой различными специализированными и территориальными подсистемами региональной системы здравоохранения, а также показатели, характеризующие потоки пациентов между медучреждениями разной подчиненности и разных территорий.

В федеральном нормативном акте необходимо установить состав программ и планов, которые должны разрабатываться на каждом уровне управления здравоохранением. В нормативно-методических документах Правительства Российской Федерации и органов власти регионов нужно установить порядок участия в разработке планов органов исполнительной власти и органов местного самоуправления в бюджетной сфере и в сфере здравоохранения, фондов ОМС, страховых медицинских организаций.

Принципами планирования должны стать: увязка планируемых объемов и структуры медицинской помощи с ожидаемыми финансовыми ресурсами; рост эффективности использования ресурсов здравоохранения.

2. Развитие механизмов управления деятельностью фондов ОМС.

Для рационального использования бюджетных и страховых средств надо обеспечить согласованную политику органов управления здравоохранением и фондов ОМС. При этом административно подчинять фонды органам управления здравоохранением нецелесообразно.

3. Достижение сбалансированности государственных гарантий и их финансового обеспечения. Для него необходимо определить размеры госфинансирования на основе стоимости Программы государственных гарантий.

Нынешние финансовые нормативы расчетов стоимости Программы, не учитывают расходов на намеченную широкомасштабную реструктуризацию здравоохранения, занижают затраты на медикаменты, а также фиксируют низкий уровень зарплаты медработников. Кроме того, в программах предполагалось, что оплачиваться будут именно объемы помощи, а не содержание лечебно-профилактических учреждений. На практике же бюджет расходуется преимущественно на ЛПУ, и изменить это быстро весьма сложно. Значит, средств в Программе понадобится больше на величину затрат на содержание тех учреждений, мощности которых не задействованы полностью на оказание планируемых объемов медицинской помощи.

4. Усиление госрегулирования платной медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях.

Ввести четкое законодательное разграничение платности и бесплатности медицинской помощи, регулирование объемов бесплатной и порядка предоставления платной.

Эта задача является тактически первоочередной для повышения доступности медицинской помощи путем ограничения бесконтрольного замещения бесплатной помощи платной в государственных и муниципальных учреждениях. В них медицинская помощь должна быть бесплатной.

Для этого необходим механизм финансово обеспеченных заказов на оказание бесплатной помощи для каждого государственного и муниципального учреждения.

Данный механизм включает такие элементы:

- определение для каждого ЛПУ заказываемых объемов бесплатной помощи, финансируемых из ОМС и бюджетов;
- определение мощностей ЛПУ, необходимых для реализации госзаказа;
- мониторинг и оценка выполнения госзаказа финансирующей стороной (органами местного самоуправления, органами управления здравоохранения и страховщиками).

5. Изменение подходов к оплате труда медработников.

Внедрение новых принципов формирования расходов на оплату труда. Порядок их формирования должен стать более гибким. Нужны федеральные нормативные документы, предусматривающие возможность увеличения расходов на зарплату по мере роста общих финансовых ресурсов отрасли.

Необходимо создать единый механизм оплаты труда в государственных и муниципальных медицинских организациях для всех источников формирования их средств. Он должен обеспечивать формирование однонаправленных стимулов к предоставлению качественной медицинской помощи по всем видам деятельности (в рамках государственных программ, в рамках инициативной деятельности).

6. Укрепление институтов защиты прав пациентов:

- развитие законодательства о защите их прав;
- создание общедоступных федеральной и региональных информационных систем о правах пациентов, возможностях и условиях получения платной и бесплатной медицинской и лекарственной помощи;
- усиление государственного контроля за соблюдением прав пациентов на выбор врача, медицинского учреждения, страховой медицинской организации.