

**Федеральное государственное бюджетное образовательное  
учреждение высшего профессионального образования  
«РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАРОДНОГО ХОЗЯЙСТВА  
И ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ ПРИ ПРЕЗИДЕНТЕ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»**

**Габуева Л. А.**

**Неценовая конкуренция в здравоохранении России:  
развитие государственного контроля и страховых  
экспертиз качества и безопасности медицинской  
деятельности**

**Москва 2017**

Габуева Л.А. заведующая кафедрой экономики и управления в социальной сфере факультета академических программ обучения ИОМ Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ

Данная работа подготовлена на основе материалов научно-исследовательской работы, выполненной в соответствии с Государственным заданием РАНХиГС при Президенте Российской Федерации на 2016 год.

## СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ .....	4
1 Существующее положение дел с сочетанием государственного финансирования здравоохранения, обязательного медицинского страхования, доходов от оказания платных медицинских услуг населению России.....	4
2 Сравнительное рыночное позиционирование малых и средних предприятий в сфере коммерческого здравоохранения России.....	18
3 Государственный контроль и страховые экспертизы качества и безопасности медицинской деятельности: конкуренция в здравоохранении.....	28
4 Риск ориентированный подход при проведении контроля качества и безопасности медицинской деятельности .....	40
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	53
ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ ИСТОЧНИКИ .....	56

## ВВЕДЕНИЕ

Государство устанавливает критерии эффективности работы объектов здравоохранения, например, в приказе Минтруда [1,2] и Минздрава [3]. Также, отметим, что существуют, например, подходы к оценке деятельности органов исполнительной власти в области охраны здоровья граждан в субъектах РФ. Указы Президента РФ [4, 5], например, закрепили необходимые для достижения к 2018 году уровни показателей здоровья населения, а именно:

1. Суммарный коэффициент рождаемости - 1,753;
2. Смертность от болезней системы кровообращения – 694,4;
3. Смертность от злокачественных новообразований – 192,8;
4. Смертность от туберкулеза – 11,8;
5. Смертность от дорожно-транспортных происшествий – 10,6;
6. Младенческая смертность – 7,5;
7. Средняя продолжительность предстоящей жизни – 74 года.

По всей вертикали управления в отрасли имеются ведомственные требования по эффективной работе, подведомственных государственных учреждений. Сами медицинские и социальные организации, как правило, не застрахованы на случаи профессиональных рисков, равно отсутствует практика индивидуального (коллективного) страхования врачебных ошибок.

Одновременно с этим, в системе здравоохранения критичными являются случаи выявления при проверках фактов причинения вреда жизни, здоровью застрахованных лиц в результате неправомερных действий (бездействия) должностных лиц и отдельных медицинских работников.

Совершенствование процедур государственного и ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности отвечает потребностям населения страны и может обеспечить повышение результативности бюджетных, страховых и предпринимательских проектов в здравоохранении.

1 Существующее положение дел с сочетанием государственного финансирования здравоохранения,

## обязательного медицинского страхования, доходов от оказания платных медицинских услуг населению России

Финансовое обеспечение мер медицинского и социального обеспечения граждан в РФ распределено между федеральным, региональными бюджетами и полномочиями внебюджетных фондов, входящих в бюджетную систему.

Направления расходования средств внебюджетных фондов (пенсионного (ПФР), социального (ФСС), медицинского (ФОМС)) представляются в единстве учета и отчетности всех государственных средств на здравоохранение и социальную политику.

Особенно интересным в нынешней страховой модели отечественного здравоохранения представляется ежегодный анализ исполнения бюджета по доходам и расходам федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС).

Отметим что в ноябре 2016 года утверждено федеральным законом исполнение бюджета ФОМС за 2015 год [6].

Так, расходы ФОМС за 2015 год составили 1 638 814 565,5 тысячи рублей, в том числе отметим наиболее социально-значимые расходы:

- расходы федеральной программ ОМС (базовой программы) составили 99,9% всех расходов или 1 638 186 496,4 тыс. руб.;

- программы охраны здоровья матери и ребенка – оплата из ФОМС «родовых сертификатов», - составляют 1,1% всех расходов или 18 367 586,5 тыс. руб.;

- субвенции территориальным ОМС на выполнение территориальных программ ОМС составили 87% всех расходов или 1 427 051 543,7 тыс. руб.;

- софинансирование расходов по видам медицинской помощи, не входящим в базовую программу ОМС – оплата ФОМС некоторых видов высокотехнологичной медицинской помощи населению субъектов РФ, - чуть более 0,3% всех расходов фонда или 5 035 000, 3 тыс. руб.

Впервые за многие годы реализации базовой программы ОМС бюджет 2015 года по расходам не обеспечен доходами ФОМС. Так, доходы ФОМС в 2015 году составили 1 573 543 366,0 тысяч рублей. Дефицит бюджета ФОМС в 2015 году составил 65 271 199,5 тыс. рублей.

Отметим основные источники формирования дохода ФОМС в 2015 году:

-страховые взносы на ОМС составили 97,7% всех доходов фонда или 1 537 634 230,0 тыс. руб.;

- поступления взносов на ОМС работающего населения (отчисления от фонда оплаты труда работодателей в размере 5,1%) составляют 60% всех страховых взносов, 58,6% всех доходов ФОМС или 921 348 778,1 тыс. руб.;

-страховые взносы на ОМС неработающего населения (отчисления органов исполнительной власти субъектов РФ в виде фиксированного размера на каждого территориального жителя) составили 40% всех страховых взносов ОМС (41,4% от всего дохода ФОМС) или 616 285 452,2 тыс. руб. [6].

Наряду со страховыми федеральными средствами в отрасль здравоохранения проступают средства федерального бюджета. Проведем сопоставление расходов федерального бюджета на здравоохранение с бюджетом на предоставления социальных услуг в 2015 году (таблица 1)

Из общего размера расходов федерального бюджета Российской Федерации составивших 15 620 252 569,9 тысяч рублей в 2015 году на здравоохранение в 2015 году выделено 515 985 112,1 тыс. руб., что составляет 3,3 % от всех расходов федерального бюджета[7].

Отметим одновременно, сравнительные характеристики расходов 2015 года на здравоохранение из федерального бюджета ФОМС. Так, соотношение расходов бюджета ФОМС и федеральных расходов на здравоохранение в 2015 году составляют 3,2: 1, или страховых средств тратится в отрасли 3,2 раза больше, чем средств федерального бюджета. Можно сказать, что на каждый рубль расходов федерального бюджета здравоохранения направляется дополнительно чуть 3,2 рубля средств из бюджета федерального фонда ОМС: расходы федерального бюджета на здравоохранение в 2015 году -515 985 112,1 тыс. руб.; расходы ФОМС в 2015 году - 1 638 814 565,5 тысячи рублей [6,7].

Развитие в 2010-2015 гг. преимущественно одноканальной страховой модели оплаты медицинской помощи осуществляется на фоне сокращения бюджетных расходов (рисунок 1)

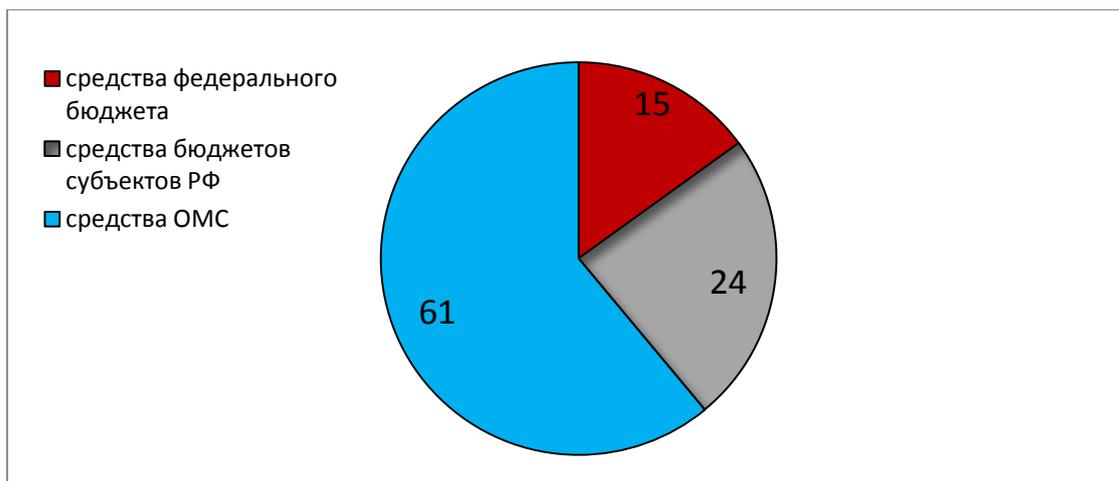


Рисунок 1 - Соотношение средств ОМС, средств бюджетов всех уровней в консолидированном бюджете на здравоохранение в 2015 году (составлено авторами)

Таблица 1 – Основные направления бюджетных расходов 2015 года в действующей классификации операций сектора государственного управления КОГСГУ (составлено авторами с учетом исполнения бюджета Российской Федерации за 2015 год [7])

Сферы предоставления медицинских и социальных услуг	Код бюджетной классификации Расходов	Направления расходов	Исполнение бюджета 2015 года, тыс. руб.[7]	Соотношение расходов, %
Здравоохранение	0900	Всего расходов	515 985 112,1	100
	0901	Стационарная медицинская помощь	227 793 501,4	44,12
	0902	Амбулаторная помощь	127 377 030,3	24,68
	0903	Медицинская помощь в дневных стационарах всех типов	14 547,3	0,003
	0904	Скорая медицинская помощь	409 560,3	0,078
	0905	Санаторно-оздоровительная помощь	37 539 219,5	7,3
	0906	Заготовка, переработка, хранение и обеспечение безопасности донорской крови и ее компонентов	3 033 012,4	0,6
	0907	Санитарно-эпидемиологическое благополучие	19 003 519,6	3,68
	0908	Прикладные научные исследования в области здравоохранения	19 452 039,2	3,77
	0909	Другие вопросы в области здравоохранения	81 362 682,1	15,77
Социальная политика	1000	Всего расходов	4 265 293 992,4	100
	1001	Пенсионное обеспечение	2 943 108 470,3	69,0
	1002	Социальное обслуживание населения	10 219 319,4	
	1003	Социальное обеспечение населения	965 885 673,8	22,64
	1004	Охрана семьи и детства	335 862 883,9	7,9
	1005	Прикладные научные исследования в области социальной политики	138 477,6	
	1006	Другие вопросы в области социальной политики	10 079 167,4	
образование	0705	Профессиональная подготовка, переподготовка и повышение квалификации	7 339 430,9	

Источник: составлено авторами по данным[8]

Общая расходная часть федеральных средств (бюджет + ОМС), направляемых на здравоохранение (без учета средств бюджетов субъектов РФ) в 2015 году обеспечивает публичные расходы в объеме 2 154 799 677, 6 тыс. рублей. Доля средств, аккумулируемых в централизованном ФОМС составляет 76% всех федеральных бюджетных расходов.

Как видно из таблицы 1, на стационарную медицинскую помощь израсходовано в 2015 году 227 793 501,4 тыс. рублей или 44% всех федеральных расходов бюджета здравоохранения, а на первичную медико-санитарную амбулаторную медицинскую помощь направлено 127 377 030,3 тыс. руб. или 24,7% всех федеральных расходов на здравоохранение. В стационарных федеральных учреждениях здравоохранения оказывается высокотехнологичная, дорогостоящая медицинская помощь. В учреждениях, оказывающих скорую медицинскую вне больничную помощь израсходовано в 2015 году 409 560,3 тыс. руб. из федеральных расходов на здравоохранение или менее 1% всех расходов (0,078%).

Все расходы федерального бюджета на обеспечение социальной политики составили в 2015 году 4 265 293 992,4 тыс. рублей, а 99,5% в 2015 году всех социальных расходов федерального бюджета составляют расходы на обеспечение трех направлений: пенсионного и социального обеспечения граждан, а также на охрану семьи и детей. Так, федеральные расходы в 2015 году на социальное обеспечение населения составляют 22,6% от общих социальных расходов (965 885 673,8 тыс. рублей); охрану семьи и детей – 7,9 %. и 69% соответственно составляют расходы по подразделу 1001 "Пенсионное обеспечение" - 2 943 108 470,3 тыс. рублей (таблица 1).

Самые емкие расходы на обеспечение социальной политики в 2015 году – это расходы пенсионного обеспечения направлялись на выплаты пособий и пенсий (включая натуральную форму) разным категориям граждан пенсионного возраста и престарелым, нетрудоспособным лицам; ветеранам ядерно-оружейного комплекса с учетом содержания некоторых лиц в стационарных учреждениях социального обеспечения и пр.

Следует сказать, что реформирование социальной политики и пенсионной системы в России проводится постоянно на протяжении 2013-2016 гг., что свидетельствует о поисках новых механизмов и оптимизации личного участия

населения в обеспечении старости (в формах накоплений, негосударственного и корпоративного страхования).

Остановимся подробнее на регулировании, так называемых «соплатежей» граждан, в сфере здравоохранения.

На фоне профицита бюджетов ФОМС в 2015 году и стагнации вложений средств федерального бюджета в развитие здравоохранения очень популярной становится дискуссия о развитии коммерческого сегмента медицины, развития платных медицинских услуг населению и программ добровольного медицинского страхования (коллективного и индивидуального).

Основания для развития предпринимательства в государственном секторе здравоохранения появились после 2010 года в связи со сменой организационно-правовых форм деятельности, дающей бюджетным и автономным учреждениям новые возможности регулирования Уставной деятельности (рисунок 2).



Рисунок 2 - Законодательные основания для развития предпринимательства в государственном секторе здравоохранения: расширенные права по управлению доходами (расходами), движимым имуществом бюджетных и автономных учреждений

Экономическая актуальность развития предпринимательской деятельности в государственном секторе обусловлена необходимостью окупаемости всех произведенных расходов с учетом несовершенства тарифного регулирования в ОМС и отсутствием субсидиарной ответственности собственника по обязательствам ЛПУ.

По данным официальной статистики общий объем платных услуг в сфере медицины и предоставления социальных услуг в 2015 году составил 46,0 млрд. рублей (для сравнения: санаторно-оздоровительных - 8,3 млрд. рублей) [8].

При этом, проверками Росздравнадзора и ФОМС в 2014-2015 гг. выявлено 1,5 миллиона нарушений, связанных с повторной оплатой лично гражданами помощи, за которую уже заплатило государство[9].

На рисунке 3 видно, что количество жалобы граждан на взимание денежных средств за 2013-2015 гг. несколько сократилось, составив в 2015 около 16% в общем объеме жалоб россиян по всем причинам недовольства населения работой системы здравоохранения (по состоянию на 2013 год – около 23%):

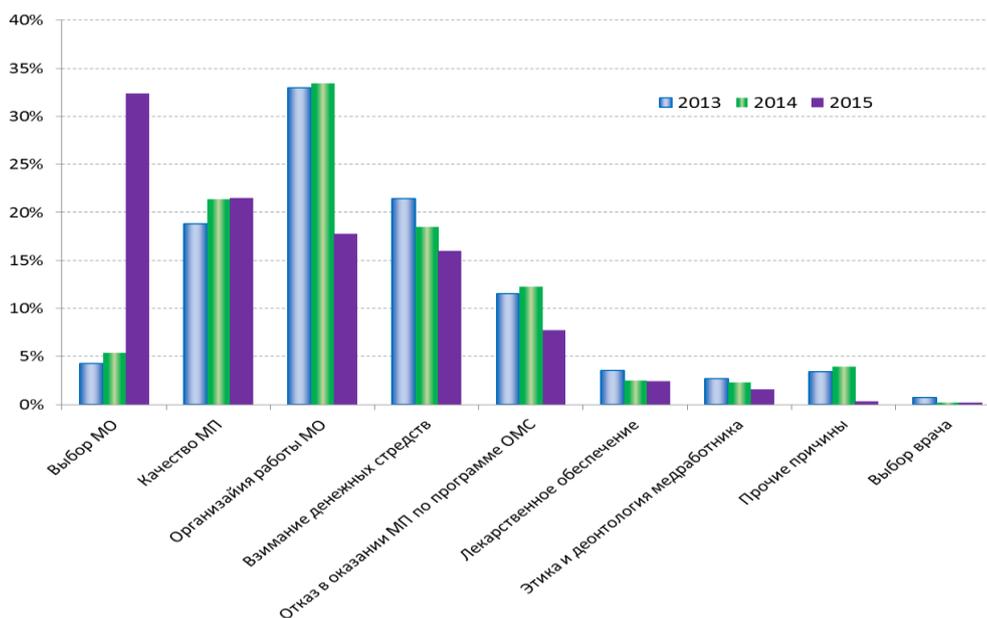


Рисунок 3 - Доля жалоб на взимание платы в общем объеме негативных оценок населения работы медицинских организаций в 2013-2015 гг. (по данным Плехова В. доклад в РАНХ и ГС при Президенте 15 сентября 2016 года на семинаре по здравоохранению)

Развитие бизнес процессов по организации предпринимательской деятельности медицинских организаций государственной системы здравоохранения находится в стадии становления. На наш взгляд, перед данным сектором платных медицинских услуг стоят специфические бизнес задачи, которые в равной степени относятся к государственным и частным медицинским организациям, участвующим в реализации программ ОМС:

1. определить направления развития предпринимательства по уставным видам деятельности (определить экономическую платформу выбора для реализации за плату медицинских или сопутствующих им услуг, создающих сервисные и комфортные условия);
2. определить и структурировать «центры доходов», т.е. подразделения и кабинеты в которых уже оказываются платные услуги и те, в которых могут оказываться услуги за плату;
3. определить «продукт продаж», который нарушает право застрахованного гражданина получать бесплатную медицинскую помощь (услуги сверх ППГ, или на иных условиях, чем услуги по ППГ)
4. определить программу приоритетной продажи услуг (ДМС, прямые договора с работодателями, услуги «ОМС+», прямые договора возмездного оказания услуг гражданам, аутсорсинговые партнерские договора с частными организациями здравоохранения (договора подряда) и пр.)
5. определить рыночную цену услуги (с учетом сложившейся себестоимости и колебаний среднерыночных цен на аналогичные услуги на ближайшей к юридическому лицу территории)
6. рассчитать плановый объем продаж услуг (пропускная способность кабинетов зависит от продолжительности рабочего дня и нормах времени на прием пациента)

7. спрогнозировать безубыточный объем продаж услуг (с учетом неполной «загрузки» плановых мощностей)
8. составить «паспорт ресурсного обеспечения услуги» (площадь кабинета (ов), необходимое оборудование, расходные материалы, заработная плата, общехозяйственные и прочие текущие расходы)
9. рассчитать плановый бюджет расходов (с учетом плановых объемов и цен продаж)
10. рассчитать плановый бюджет доходов (с учетом всех выбранных программ продаж, включая налоговые ожидания с оборота).

Сочетание платных услуг и целевых программ (государственных заданий) в бюджетных и автономных медицинских учреждениях отразим на рисунке 4.



Рисунок 4 - Основные направления управленческой деятельности в менеджменте государственных медицинских учреждений по обеспечению эффективного сочетания государственных заданий и предпринимательства

Как позиционируются на общем коммерческом рынке медицины государственные учреждения сказать трудно, почти полностью отсутствует официальная статистика, а также есть доля неучтенных доходов от их реализации. Кроме того, часть межучрежденческих расчетов за услуги оказанные населению при направлении из одного учреждения в другое проводятся в учете по прејскурантам платных услуг, являясь по сути услугами страховых программ (программы ОМС).

Ряд авторов и исследовательских коллективов пытаются давать описательные (неденежные) и ценовые оценки рынку платных медицинских услуг в России. Так, например, Меловатская Н. Ю. в исследовании 2013 года оценивала рынок медицинских платных услуг в докризисный период как стабильно растущий [10].

Некоторые аналитические компании называли прогнозную емкость рынка платных услуг на уровне 2338,0 млрд. рублей в 2015 г., в 2016 г.- 2479,0 млрд. рублей [11 (рисунок 5)].

На наш взгляд, такие цифры по отчетным формам не могут быть обеспечены при выявленной выше тенденции расширения перечня гарантированных государством медицинских услуг, оказание которых в госсекторе, составляющем 70% всей реализации медицинских услуг в здравоохранении [12], в связи с этим затруднено.

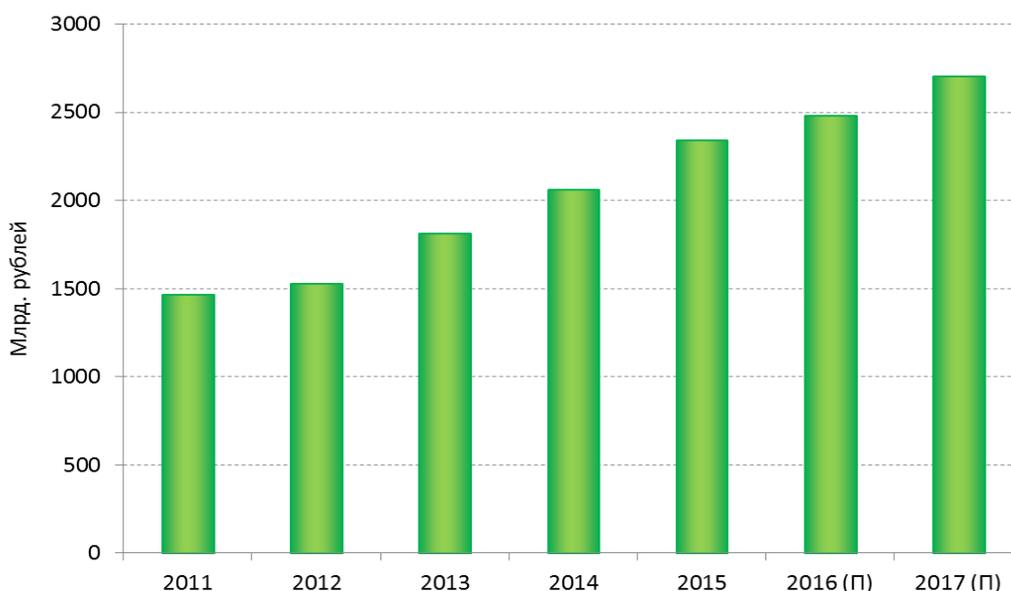


Рисунок 5 - Динамика медицинского рынка оказание услуг населению в 2011-2017 гг. в России (2016, 2017 гг. – являются прогнозными)

Источник: Исследование компании BusinesStat на рынке медицинских услуг[11].

Скажем, что всемирный банк говорит о росте доходов на душу населения, отмечая в прогнозах до 2019 года позитивный диапазон (по прогнозам, выполненным в 2013-2014 гг.). (рисунок 6)

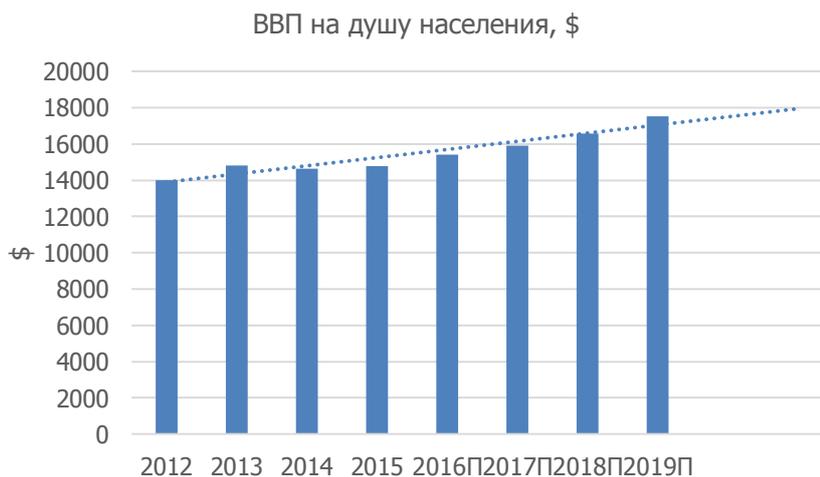


Рисунок 6 - Динамика валового внутреннего продукта на душу населения в долларах США (паритет покупательной способности) в 2012-2019 гг. (составлено авторами на основе [12] по источникам: IMF, ФСГС)

Однако, за аналогичный, но более короткий период (2011-2015 гг.) реальные располагаемые доходы населения России имеют отрицательную динамику в 2015 году по сравнению с доходами 2011 года (составляют от него 95,7 %). Короткий этап стабилизации и некоторого роста реальных располагаемых денежных доходов можно отметить в период 2011-2012 гг., а с конца 2013 года они начинают постепенно падать, достигнув в середине 2014 года уровня 2011 г., а затем снижаются по сравнению с уровнем 2011 года на 4,3%. (рисунок 7).



Рисунок 7 - Рост (падение) реальных денежных доходов населения в 2011-2015 гг., процентов. (составлено авторами на основе [12]. Источники: IMF, ФСГС)

При этом, отметим, что «возрастной портрет» потенциального покупателя услуг рыночного сегмента медицины не оставляет радужных ожиданий по успешному и динамичному развитию платных медицинских услуг в средне- и долгосрочной перспективе (рисунок 8).

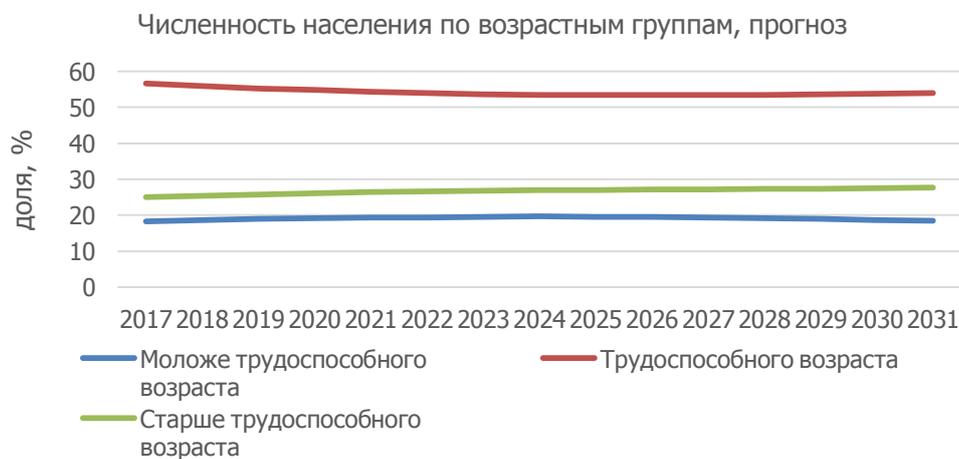


Рисунок 8 - Динамика возрастной структуры населения в 2017 -2031 гг. (составлено авторами на основе источников: IMF, ФСГС)

Как видим, наблюдается устойчивая стабилизация долей всех основных групп населения в их общей численности, особенно, в контексте прогнозирования

доходности рынка платных услуг, не радует положение дел с платежеспособным трудоспособным классом.

На этом фоне спада потенциала платежеспособности населения России, некоторые аналитики прогнозируют усиление роли «теневого сектора» продаж медицинских услуг населению, как менее затратного в силу обхода официальных прайсов. Здесь речь может идти о прямых платежах населения врачам (медицинскому персоналу), неофициальных соплатежах сверх государственных услуг, неучтенных покупках населением расходных материалов и медикаментов, включенных в страховку пр.

В силу того, что тариф ДМС всегда ниже реальной фактической стоимости полученной медицинской помощи при наступлении страхового случая, ожидают одновременную положительную динамику со стороны сегмента добровольного медицинского страхования (рисунок 9).



Рисунок 9 - Соотношение объемов обязательного, добровольного медицинского страхования и платных медицинских услуг на российском рынке здравоохранения в 2008-2017 гг. (прогнозные расчеты Источник [13]: BusinesSta ).

Если сравнивать данные приведенные BusinesSta по 2013 году, в конце которого произошел процесс начала падения реальных располагаемых денежных доходов населения (рисунок 6) с данными 2015 -2017 гг., то можно сделать обратный вывод о том, что теневой сегмент платежей в здравоохранении несколько сокращается (с 4% от всего объема платных услуг в 2013 г. до 2,8 3% к 2017 г.) (рис. 8).

Доля программ ДМС в 2017 году аналитиками BusinesSta прогнозируется в размерах 18% от средств ОМС и на уровне 46% всего легального сектора коммерческой медицины (рис.8).

Таким образом, ожидания доходности от легальных сегментов реализации платных медицинских услуг в коммерческом секторе здравоохранения, а также наличие у государственных организаций законодательных мотивационных сигналов к движению в рынок, требуют систематизации и унификации контрольных процедур для оценок эффективности использования совокупного финансового потенциала здравоохранения.

Одним из основных направлений государственного контроля в сфере здравоохранения является контроль со стороны антимонопольного органа. В целях определения состояния конкуренции на определенном рынке антимонопольный орган может провести соответствующий анализ и признать доминирующим положение какого-либо участника рынка на рынке определенного товара.

В этой связи, среди основных целей государственной политики – выделяется развитие малого и среднего бизнеса в целях формирования конкурентной среды в экономике[14].

## 2 Сравнительное рыночное позиционирование малых и средних предприятий в сфере коммерческого здравоохранения России

В прогнозе долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2030 года, разработанном Минэкономразвития России,

имеется специальный раздел, посвященный развитию малого предпринимательства и содержащий основные направления государственной поддержки малого и среднего предпринимательства на 2013 - 2030 годы.

Малый и средний бизнес является частью экономической системы России. По оценке Минэкономразвития РФ 95% коммерческих организаций в РФ являются субъектами малого или среднего предпринимательства. Не удивительно, что его развитию уделяется большое внимание со стороны государства. [15].

По наблюдениям Росстата в 2015 году в РФ [16] фактически действовало около 15 тыс. средних предприятий и 2,1 млн. малых предприятий (включая микропредприятия) со средней численностью работников около 12 млн. [17].

Для сравнения отметим, что по данным ФНС на 1 декабря 2014 г. было зарегистрировано всего 3,97 млн. коммерческих организаций, в том числе 3,75 млн. ООО (94,6%), 3,6% - акционерные общества (ОАО - 0,74%, ЗАО - 2,86%), 1,8% - прочие организационно-правовые формы.

В таблице 2 приведены для сравнения данные по состоянию на 01.01.2013 года о количестве и видах таких предприятий.

Таблица 2 - Организационно-правовые формы организаций малого и среднего предпринимательства по состоянию на 01.01.2013 года (составлено авторами на основе [17])

	Юридические лица (всего)	Средние предприятия	Малые предприятия (включая микропредприятия)	Микропредприятия
Всего	1 669 439	25 170	1 644 269	1 415 186
Юридические лица, являющиеся коммерческими организациями	1 654 115	24 678	1 629 437	1 402 771
Полные товарищества	197	1	196	180
Товарищества на вере	362	19	343	270

Общества с ограниченной ответственностью	1 547 753	16 819	1 530 934	1 328 120
Общества с дополнительной ответственностью	188	2	186	167
Открытые акционерные общества	14 015	2 749	11 266	6 375
Закрытые акционерные общества	63 512	3 729	59 783	44 625
Производственные кооперативы	12 929	1 349	11 580	8 273
Крестьянские (фермерские) хозяйства	15 159	10	15 149	14 761
Юридические лица, являющиеся некоммерческими организациями, потребительские кооперативы	14 830	439	14 391	12 024
Субъекты, не приведшие свою организационно-правовую форму в соответствие с действующим законодательством	494	53	441	391

Источник: составлено авторами по данным Статкомитета СНГ [17]

Как видно из таблицы, субъектов малого и среднего предпринимательства насчитывалось 134 средних предприятия и 4123 малых предприятия (из них 3559 микропредприятий) с совместной частной и иностранной собственностью. Число предприятий со смешанной российской собственностью (с долями РФ, субъектов РФ, муниципальных образований) составляет: средние предприятия - 647, малые предприятия - 6343 (из них микропредприятия - 4335).

Одним из критериев для отнесения к субъектам малого и среднего предпринимательства - предельные значения средней численности работников: от 101 до 250 человек включительно для средних предприятий; до 100 человек включительно для малых предприятий; среди малых предприятий выделяются микропредприятия - до 15 человек.

На рисунке 10 наглядно показан отраслевой срез среднесписочной численности работников МСП.

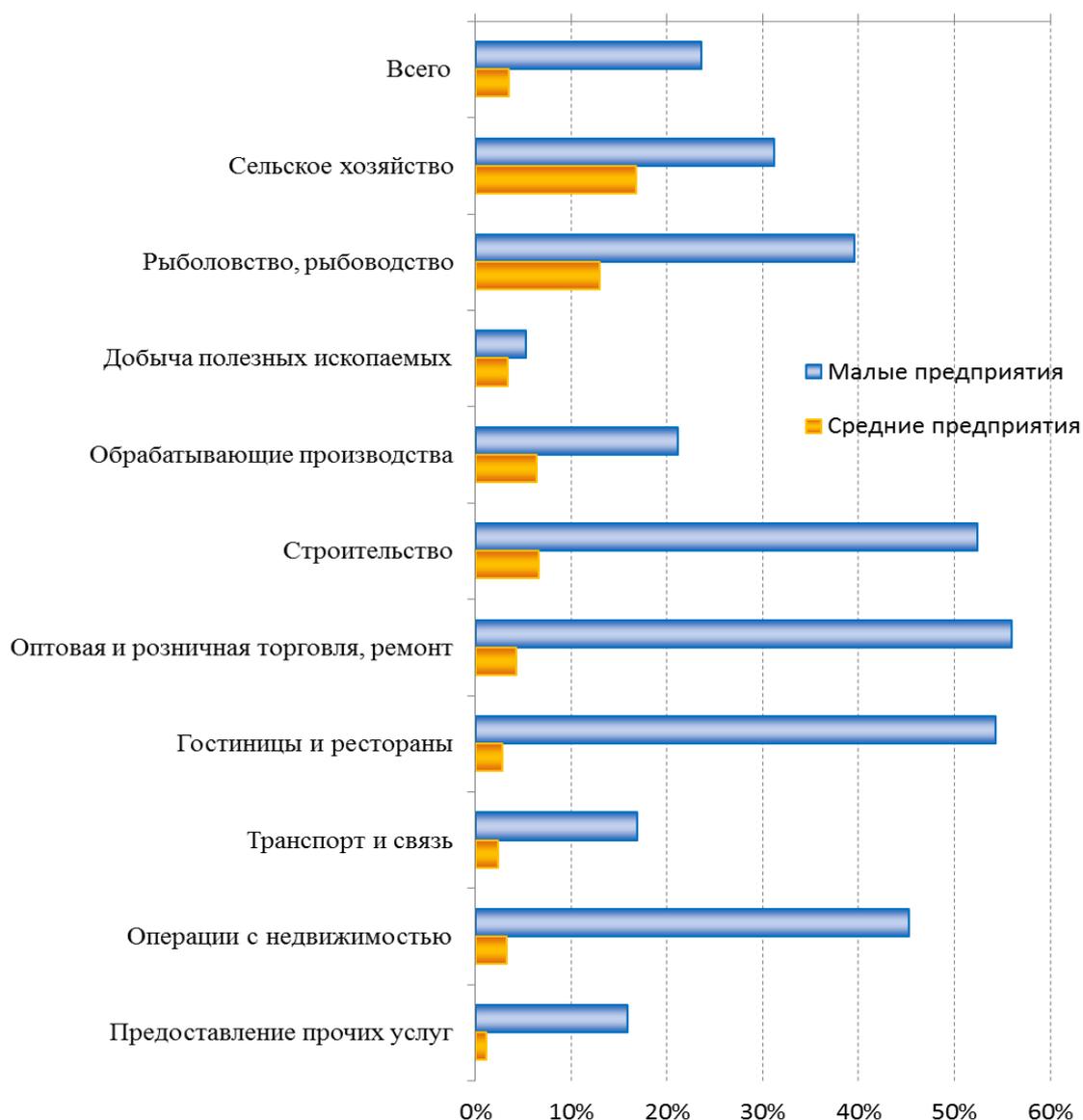


Рисунок 10 - Удельный вес среднесписочной численности работников малых и средних предприятий в среднесписочной численности работников всех предприятий и организаций по видам экономической деятельности в 2014 г.

В анализируемый период зарегистрировано 2 927 488 индивидуальных предпринимателя. При этом 676 относилось к категории средних предприятий, 2 926 812 - к категории малых предприятий, из них число микропредприятий составляло 2 885 736, иных малых предприятий - 41 076. При этом у индивидуальных предпринимателей, отнесенных к категории средних предприятий, было

задействовано в среднем по 85,4 человека, на микропредприятиях - 1,4 человека, на иных малых предприятиях - 28,2 человека [18].

В общем на малых и средних предприятиях России работает около 25% общей численности занятых в экономике, а доля субъектов МСП в ВВП страны составляет 20 - 21%. [18].

Для системы сертифицированных врачей государственного здравоохранения, малых и средних предприятий (не имеющих другой деятельности, кроме медицинской; не имеющих акций и иных ценных бумаг) установлена предельная среднесписочная численность в 15 человек, которая является одним из условий получения ставки «0» по налогу на прибыль.

Еще одним критерием для отнесения к субъектам малого и среднего предпринимательства - финансовые показатели: выручка от реализации товаров (работ, услуг) без учета НДС или балансовая стоимость активов (остаточная стоимость основных средств и нематериальных активов) за предшествующий календарный год. Правительство РФ утвердило следующие предельные значения выручки: микропредприятия - микропредприятия - 120 млн. рублей; малые предприятия - 800 млн. рублей; средние предприятия - 2 млрд. рублей [19].

Выручка от реализации товаров (работ, услуг) в расчете на одно предприятие, осуществлявшее деятельность в 2014 г., составила 20,8 млн. рублей. Выручка в расчете на одного индивидуального предпринимателя составила 2,3 млн. рублей [18].

Выручка – как условие отнесения того или иного экономического объекта к малому (среднему) бизнесу не является мотивацией результативности деятельности, ведь существует система налогообложения, после которой остается чистая прибыль. Но предприятию для развития следует иметь отчисления от прибыли на возобновление материально-вещественных факторов производства.

Валовой внутренний продукт (ВВП), характеризует конечный результат производственной деятельности экономических единиц-резидентов, измеряется стоимостью товаров и услуг, произведенных этими единицами для конечного

использования, но с точки зрения предпринимателя является абстрактной величиной.

Нам представляется, что валовая добавленная стоимость (ВДС) чистая прибыль, очищенная от амортизационных расходов и налогов – это более результативный показатель, характеризующий экономический эффект отрасли (сегмента отрасли), региона, рынка и пр.

В таблице 3 приведем данные о созданной ВДС здравоохранения в сравнении с ее значениями в образовании, прочих услугах (включая социальные) в 2013 году, когда имелся благоприятный платежный потенциал населения, измеряемый реальными располагаемыми денежными доходами (рис.6)

Таблица 3 – Сравнительные данные о размерах валовой добавленной стоимости в сфере здравоохранения и предоставления социальных услуг в общем объеме созданной ВДС в РФ (в разрезе субъектов РФ в 2013 году (% к итогу) составлено авторами по данным[20]

Субъекты учета показателя	Валовая добавленная стоимость в основных ценах	Раздел М Образование	Раздел N Здравоохранение и предоставление социальных услуг	Раздел O Предоставление прочих коммунальных, социальных и персональных услуг
Российская Федерация из суммы субъектов	100,0	3,4	4,3	1,6
Центральный федеральный округ	100,0	2,9	3,8	2,3
Южный федеральный округ	100,0	3,8	4,9	1,5
Северо-Кавказский федеральный округ	100,0	6,4	6,7	1,6
Приволжский федеральный округ	100,0	3,6	4,1	1,2
Уральский федеральный округ	100,0	2,4	3,1	0,8
Сибирский федеральный округ	100,0	4,5	5,1	1,4
Дальневосточный федеральный округ	100,0	4,2	5,0	1,4
Северо-Западный федеральный округ	100,0	3,7	5,3	1,8

Источник: составлено авторами

На рисунке 11 представлены сравнительные данные о валовом внутреннем продукте, созданном малыми и средними предприятиями здравоохранения в федеральных округах России, а также сравнительные данные здравоохранения и иных социально - ориентированных услуг в Российской Федерации (образования, прочие).

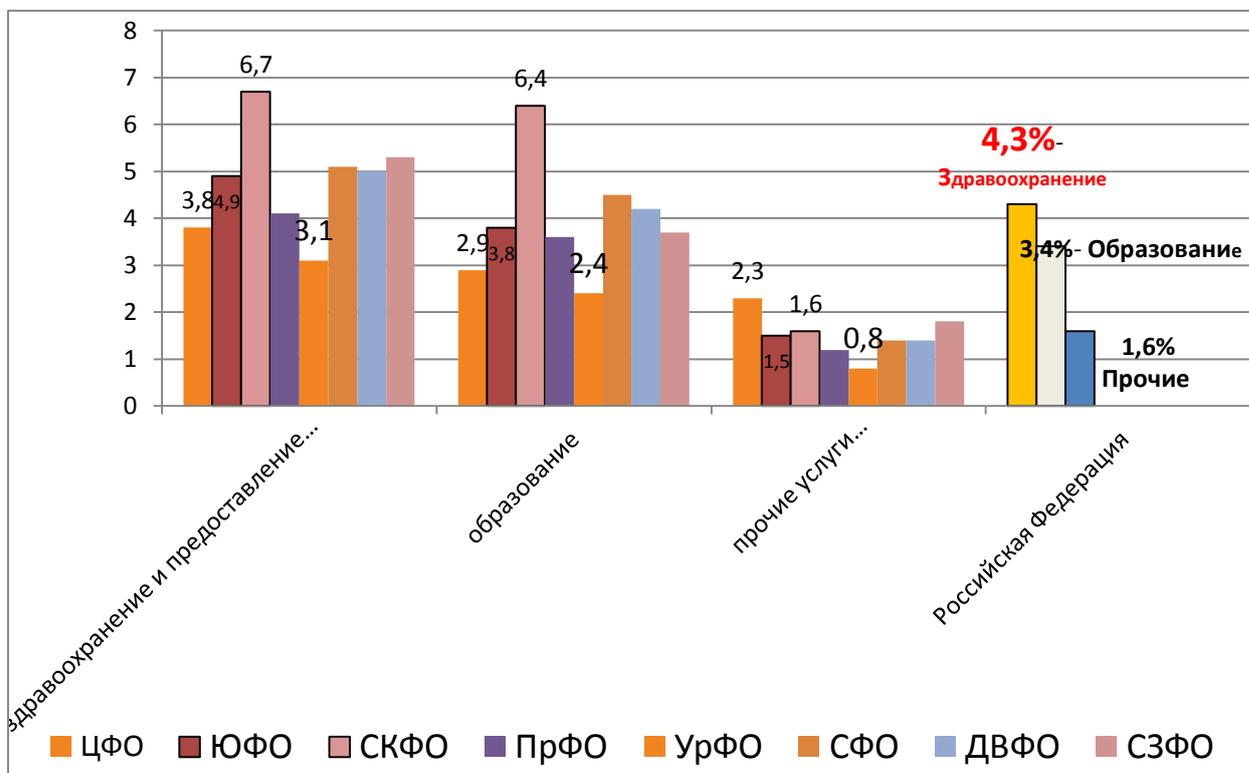


Рисунок 11 - Сравнительная доля здравоохранения в общем объеме валовой добавленной стоимости в Российской Федерации в целом и по федеральным округам РФ (ФО) в 2013 г. (% соответственно к итогу по РФ (РФ-100%), к итогу по округу (ФО-100%)). Составлено авторами при анализе материалов Сайта Минэка[20]

Размер на уровне 4,3% ВДС для здравоохранения по Российской Федерации нам не кажется мало значимым (для сравнения в образовании – 3,4%). Отметим, что сфера имеет государственное регулирование деятельности, работает в условиях обязательного медицинского страхования, а также представлена разветвленной сетью бюджетных учреждений, подведомственных органам управления здравоохранения. Все нормативные документы по развитию предпринимательства в отрасли были приняты в 2010-2011 г., а по налоговым льготам – в 2012-2013 гг.

Отметим, что в общем объеме малых и средних предприятий Российской Федерации (1,65 млн.) на здравоохранение приходится не более 1%. При этом, доля прибыльных предприятий отрасли составляет 81% (удельный размер прибыли составляет 16,7 млн. рублей на одно юридическое лицо); убыточных- 19% (удельный размер убытка -23,3 млн. руб.) (таблица 4, рисунок 12).

Таблица 4 – Сравнительное количество малых и средних предприятий в здравоохранении и предоставлении социальных услуг и их экономическая эффективность в показателях прибыльности (убыточности) в 2014 году (составлено авторами по данным статистического выпуска ФСС [21])

Виды деятельности	Число предприятий	в том числе			
		прибыльные предприятия		убыточные предприятия	
		число предприятий	сумма прибыли, млн. руб.	число предприятий	сумма убытка, млн. руб.
1	2	3	4	5	6
Образование	6	6	2	-	-
Здравоохранение и предоставление социальных услуг	155	125	2096	30	691
Предоставление прочих коммунальных, социальных и персональных услуг	181	127	2176	54	2839
Всего малых и средних предприятий в экономике России	17411	14126	308519	3285	108360
Доля малых и средних предприятий сферы здравоохранения и предоставления социальных услуг в общем объеме таких предприятий по экономике России (%)	0,89	0,88		0,91	
Данные об удельных экономических результатах работы малых и средних предприятий сферы здравоохранения и предоставления социальных услуг (млн. руб.): + -прибыль, в расчете на прибыльные предприятия; -убыток, в расчете на убыточные предприятия			+16, 72		-23,03

Источник: составлено авторами по данным статического выпуска ФСС[21]

На рисунке 12 наглядно представлено место прибыльных и убыточных малых и средних предприятий сферы здравоохранения в сравнении с аналогичными данными образования, прочих услуг (включая социальные).

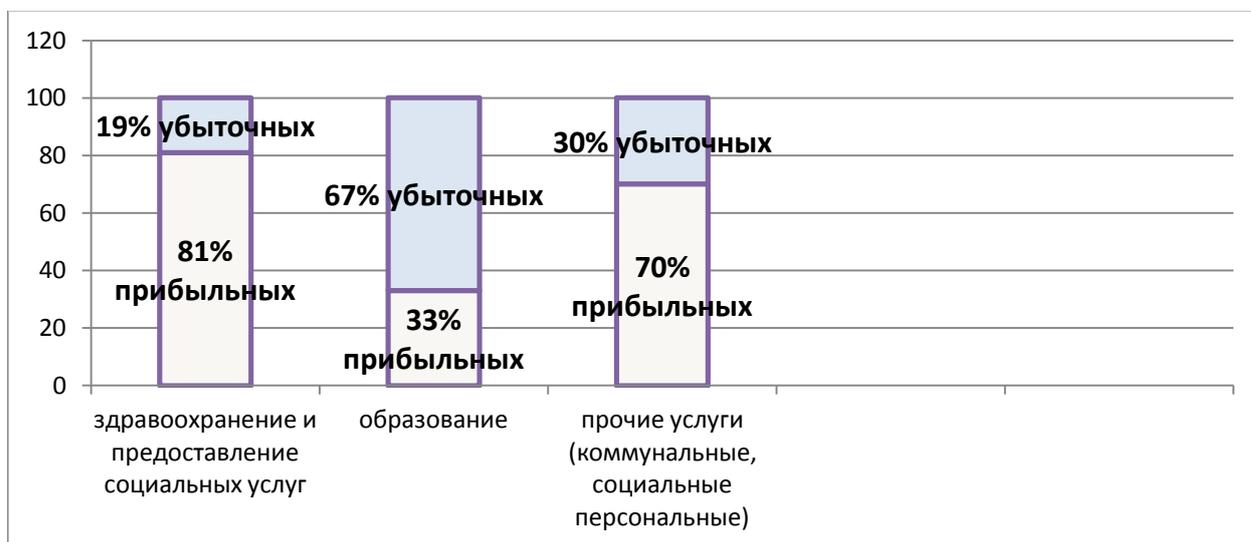


Рисунок 12 - Сравнительные данные об экономической эффективности малых и средних предприятий в сфере здравоохранения (убыточных, прибыльных) в 2014 году

Источник: составлено авторами.

Как видно, МСП сферы здравоохранения в сравнении с предоставлением образовательных, прочих (включая социальные услуги) выглядят вполне рентабельными (преобладают прибыльные предприятия 81% от всей совокупности).

Отметим, что на фоне относительного экономического благополучия субъектов малого и среднего предпринимательства в сфере здравоохранения актуализируются вопросы локализации в них платных медицинских услуг населению, вопросы их конкурентных преимуществ перед аналогичными услугами государственных учреждений.

Отметим, что конкуренция на рынке медицинских услуг обусловлена тем, что каждый пациент вправе выбирать лечебно-профилактическое учреждение, предоставляющее медицинские услуги (даже в системе ОМС). В связи с этим,

государственные поликлиники стали бороться за пациентов, могут конкурировать по количеству прикрепленного для обслуживания населения. Денежные поступления зависят от страхового тарифа оказанной услуги и количества прикрепленных пациентов, но не от стоимости фактически оказанной медицинской помощи. Поскольку на рынке медицинских услуг, финансируемых бюджетом ТФОМС, нет места ценовой конкуренции, лечебные учреждения часто соперничают по неценовым критериям.

В эту систему измерений конкуренции попадают частные медицинские центры всех форм собственности, малые и средние предпринимательские организации. Неценовые оценки результатов их труда на рынке здравоохранения в условиях страховой модели развития отрасли требуют тщательной проработки, особенно при распространении всеобщего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

### 3 Государственный контроль и страховые экспертизы качества и безопасности медицинской деятельности: конкуренция в здравоохранении

Виды проведения контрольно-надзорных мероприятий в здравоохранении наглядно представим на рисунке 13.

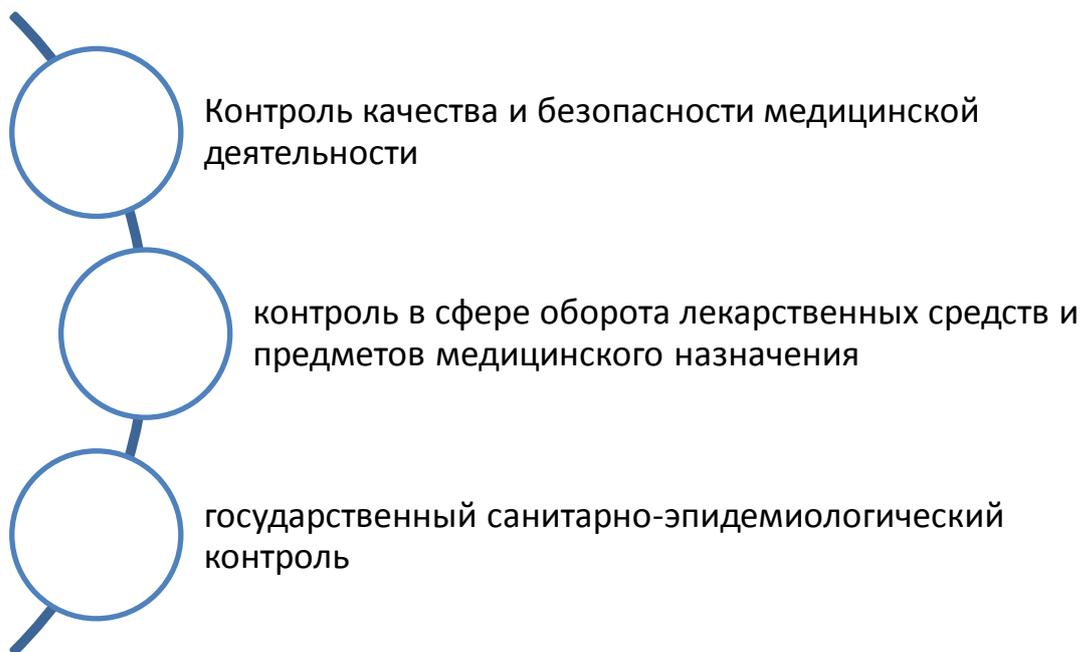


Рисунок 13 - Виды государственного контроля в сфере охраны здоровья граждан



Рисунок 14 - Контроль качества и безопасности медицинской деятельности в России в нормативно-правовых актах

При всей важности государственного контроля в сфере здравоохранения отметим наличие специфических задач ведомственного контроля:

1. предупреждение, выявление и пресечение нарушений требований к обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности, установленных законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан;
2. принятие мер по пресечению и (или) устранению последствий и причин нарушений, выявленных в рамках государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности;
3. обеспечение качества медицинской помощи, оказываемой в медицинских организациях, подведомственных органам исполнительной власти;
4. определение показателей качества деятельности подведомственных органов и организаций;
5. контроль соблюдения объемов, сроков и условий оказания медицинской помощи в медицинских организациях, подведомственных органам исполнительной власти;
6. создание системы оценки деятельности медицинских работников, участвующих в оказании медицинских услуг.

Таблица 5 – Обобщение контрольных мероприятий в сфере здравоохранения в 2014 году

Наименование контрольного мероприятия	Количество контрольных мероприятий	Количество выявленных нарушений по итогам контрольного мероприятия	Доля нарушений
Всего,	17 778	8287	46,6
<i>в том числе из числа нарушений:</i>		100%	
административные правонарушения		3262	39,4
нарушения доступности и качества медицинской помощи-		1 135	13,6
нарушения государственных гарантий в части предоставления бесплатной медицинской -		328	4,0
нарушения финансовой (договорной) дисциплины, включая систему обязательного медицинского страхования -		2966	35,8
Иные нарушения		596	7,2

Источник: составлено авторами по данным Иванова И.В [24]

Как видно из таблицы, в среднем в 2014-2015 годах проведено 17 778 контрольных проверок, в которых выявлены 8 287 нарушений разного рода: по результатам 3 262 проверок в 2014 году составлены протоколы об административном правонарушении. Анализ структуры нарушений прав граждан в сфере охраны здоровья показывает, что среди выявленных нарушений 1 135 составляют нарушения в части доступности и качества медицинской помощи, второе по значимости нарушение – медицинское вмешательство без получения добровольного информированного согласия пациента. Имели место 285 случаев отказа в оказании медицинской помощи. Выявлено 328 случаев нарушения государственных гарантий в части предоставления бесплатной медицинской. Отметим нарушения (2966) бюджетного законодательства в части исполнения финансовых и договорных условий выполнения государственных заданий и использовании средств субсидий, включая ОМС. По результатам контрольных мероприятий назначено административных штрафов на сумму более 73 млн. рублей. Доля штрафов, уплаченных в бюджет, возросла с 68 до 81%.

Участвовали в них 7 603 юридических лиц и индивидуальных предпринимателей. При этом в отношении одного юридического лица/индивидуального предпринимателя в процессе одной проверки выявлялось не менее двух нарушений, а 2 764 юридические лица и индивидуальные предприниматели нарушили обязательные требования, несоблюдение

которых представляет непосредственную угрозу причинения вреда жизни и здоровью граждан, 301 организация нарушила обязательные требования, что привело к причинению вреда жизни и здоровью граждан. При этом следует сказать, что почти в 2 раза, с 84,0% (2 187 организаций) от числа проверенных организаций в 2014 году до 41,1% (877) в 2015 году сократилось количество учреждений, в деятельности которых выявлены нарушения нормативных документов, регламентирующих порядок проведения медицинских экспертиз [24].

Место контрольных процедур в системе ОМС в общем процессе контроля качества, безопасности, финансирования здравоохранения представим на рисунке 15.

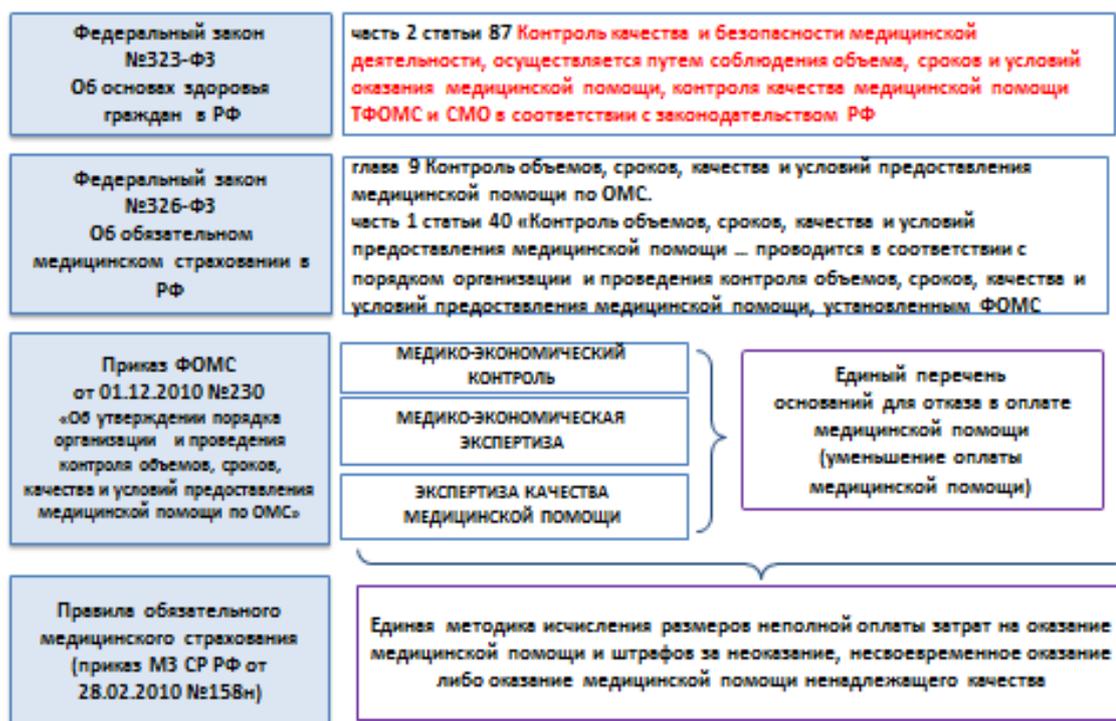


Рисунок 15 - Система контроля качества и безопасности медицинской деятельности в условиях страховой модели финансирования медицинской помощи на основе обобщения нормативных документов

Многими экспертами предлагается расширить функции страховщиков в системе обязательного медицинского страхования по защите прав пациентов за счет возможностей мотивирующих резервов, создаваемых в СМО от штрафных санкций к медицинским организациям.

Нынешние функции страховщиков в системе обязательного медицинского страхования (СМО) представлены на рисунке 16.



Рисунок 16 - Место контрольных функций (экспертизы) страховщиков, проводимой СМО в общей их деятельности

Официальная статистика прошедших лицензирование страховых организаций на российском рынке страховых услуг в 2015 году находится на уровне 327, а количество заключенных договоров страхования составляет около 105 миллионов. При этом договоров медицинского страхования было заключено 8,5 млн. - по программам ДМС и 29,5 млн. - по ОМС [25].

Размер санкций за нарушения объемов, качества и условий предоставления бесплатной медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования в 2015 году в СМО составил 51515,3 млн. рублей. В доходы СМО (собственные средства), работающих по программам ОМС, направлено в 2015 году 3296,5 млн. рублей. Для сравнения следует сказать, что на оплату медицинской помощи в соответствии с договорами ОМС было направлено в 2015 году 1029429,8 млн. рублей [25].

На рисунке 17 представим распределение средств, полученных СМО в виде штрафных санкций.

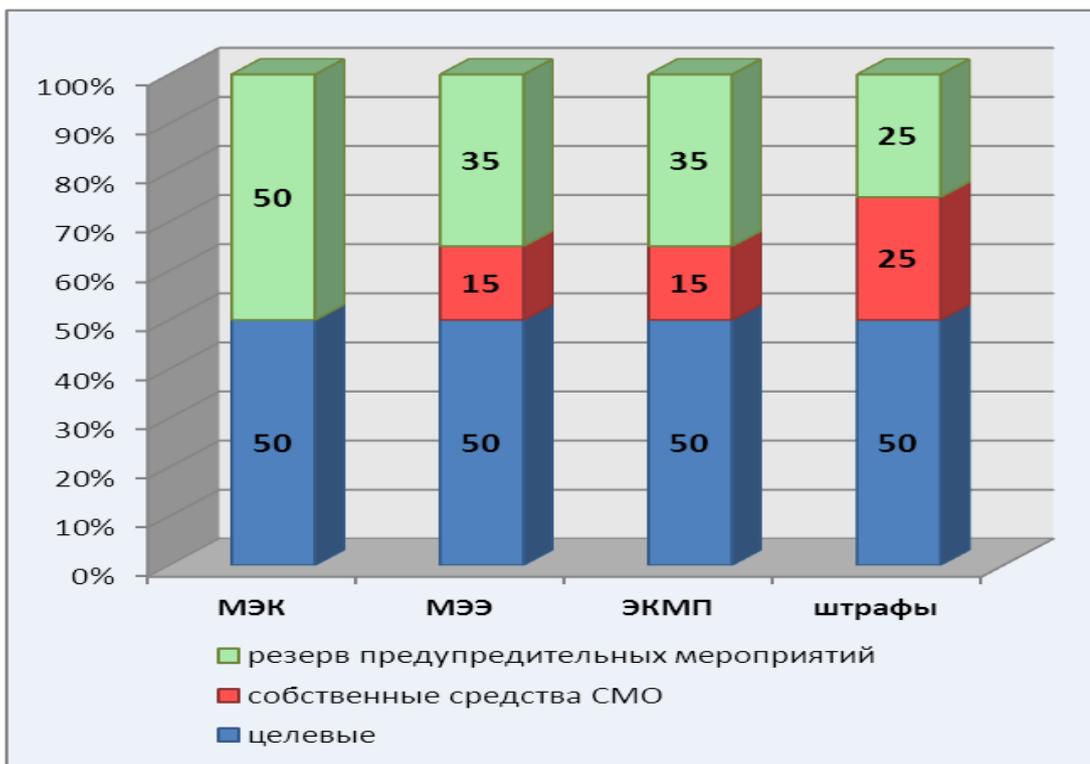


Рисунок 17 - Доля средств от штрафных санкций к медицинским организациям, зачисляемая в собственные доходы СМО

Как видно на рисунке, страховые компании осуществляют три вида контрольных проверок (экспертиз):

-МЭК – медико-экономический контроль (50 % средств, снятых в виде данного вида контроля идет в доходы СМО - собственные средства на рисунке);

- МЭЭ – медико-экономическая экспертиза (50 % средств, снятых в виде данного вида контроля идет в доходы СМО (собственные средства));

- ЭКМП – экспертиза качества медицинской помощи (50 % средств, снятых в виде данного вида контроля идет в доходы СМО (собственные средства)).

Медико-экономический контроль основан на установлении соответствия информации об объемах оказанной медицинской услуги предоставленной к оплате медицинской организацией реестров счетов и оплаты по ОМС. Медико-экономическая экспертиза - это установление соответствия срока оказания услуги объемам, предъявленным к оплате в записях первичной и учётно-отчётной документации организации. Данная экспертиза проводится экспертом-врачом. Экспертиза качества медицинской услуги определяется страховыми медицинскими организациями при согласовании с территориальным фондом ОМС. [31]

Все результаты экспертиз и контроля оформляются актами, установленными Федеральным фондом.

Кроме этого, как видно, СМО отчуждает из системы здравоохранения до 50% средств в виде перераспределения штрафов. Подвергаются штрафам организации, не исполняющие требования ФОМС, в части нескольких видов нецелевого использования средств ОМС:

- оплата видов расходов, не включенных в структуру тарифов на оказание медицинских услуг в системе ОМС на территории субъекта Российской Федерации;
- финансирование структурных подразделений (служб), медицинских учреждений, финансируемых за счет средств соответствующих бюджетов;
- использование средств ОМС не по назначению, содержащемуся в платежном поручении, в том числе в части субвенций;

- направление страховыми медицинскими организациями средств ОМС на цели, не предусмотренные условиями договора о финансировании ОМС;
- расходование сверх норм, установленных соответствующими министерствами (ведомствами) Российской Федерации;
- расходование средств ОМС при отсутствии подтверждающих документов;
- расходование средств ОМС на оплату собственных обязательств (долгов), не связанных с деятельностью по ОМС;
- прочие виды нецелевого использования средств ОМС.

Представляется, что в ситуации текущего финансирования медицинских услуг возможно рассматривать предложения по разумному перераспределению средств от штрафов по ОМС (собственные средства) на цели развития регионального здравоохранения, которые пока аккумулируются в СМО. Например, за счет таких резервов от проведения экспертиз (штрафных санкций) можно оплачивать превышения фактической стоимости страховых случаев над их плановой стоимостью в виде рискованной составляющей медицинского страхования в рамках статистической кратности потребления разными региональными и половозрастными группами населения услуг здравоохранения. Превышения фактической стоимости над стоимостью единых федеральных нормативов, оплачиваемых по тарифу ОМС, часто бывают обоснованы медицинскими организациями в силу наличия «надтарифных» расходов, о которых было сказано выше. При этом методическими подходами актуарных расчетов страховщиков их возможно спрогнозировать и учесть в виде рискованной надбавки в пределах стоимости дифференцированного для граждан страхового года, утверждаемого на федеральном уровне.

Роль резервов страховщиков в отечественной страховой модели обоснована также практикой международного медицинского страхования, где они являются обязательными в условиях рискованных видов договоров. Размеры общих страховых резервов отечественных страховщиков оцениваются на уровне 971,1 млрд. рублей в

2015 году (из них по страхованию жизни – 206,5 млрд. руб.), что позволяет говорить о необходимости совершенствования подходов к управлению ими [25].

При всей стройности существующей системе контроля качества и безопасности медицинской деятельности в условиях страховой модели здравоохранения России, следует отметить устойчивую динамику обращений граждан в вышестоящие организации по вопросам жалоб и недовольства.

За двухлетний период (2014 - 2015 гг.) зафиксирован рост числа обращений граждан, поступивших в территориальные органы Росздравнадзора при одновременном снижении доли обращений по вопросам качества и безопасности медицинской деятельности (рисунок 18).

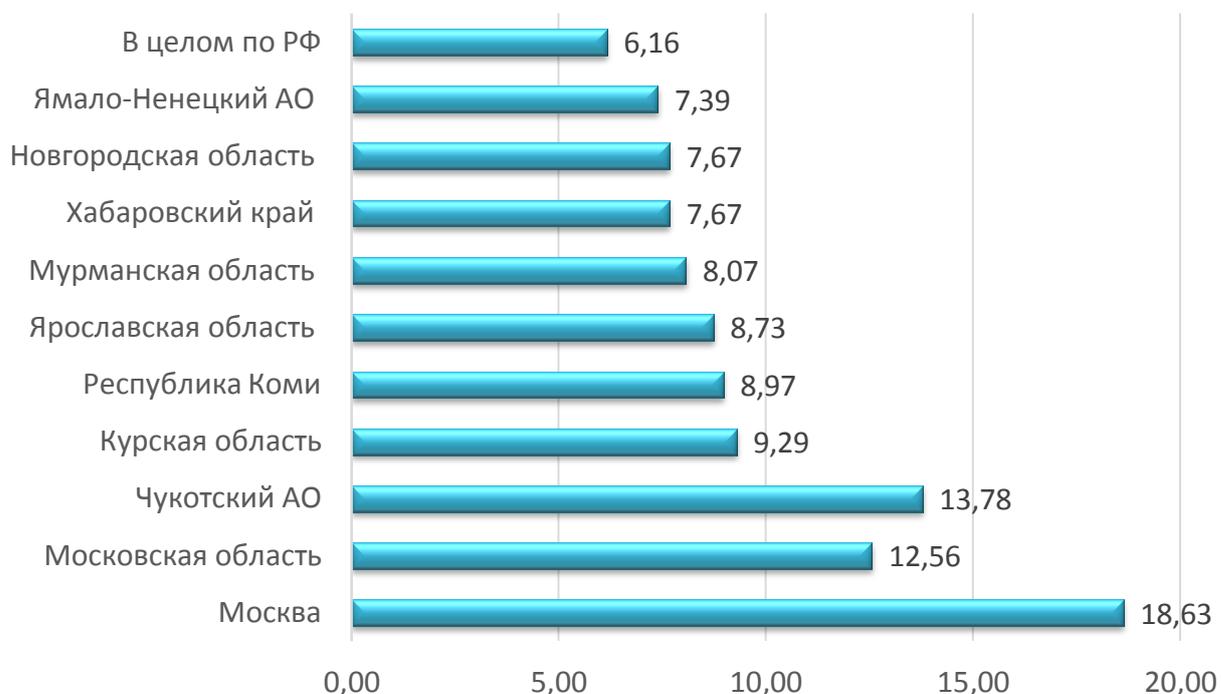


Рисунок 18 - Количество обращений по вопросам качества и безопасности медицинской деятельности на 100 тыс. населения (по субъектам с наибольшим объемами таких обращений), 2015 год (данные Росздравнадзора) [24]

Чаще всего граждане обращаются по поводу качества медицинской помощи, соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья, с жалобами на работу медицинских организаций и медицинских работников.

Распределение обращений граждан по группам актуальных проблем качества и безопасности медицинской деятельности представим на рисунке 19 [24].

Количество обращений граждан может быть индикатором эффективности системы здравоохранения, в том числе взаимодействия с гражданским обществом в части своевременности, достоверности, доступности и публичности только при использовании его в комплексе с другими показателями, в частности, динамики изменений, количества повторных обращений и т.д.



Рисунок 19 - Доли актуальных проблем обращения граждан по вопросам качества и безопасности медицинской деятельности (% от общего итога), 2015 г.[24]

Динамика изменения показателя количества обращений как в общем количестве, так и по вопросам качества и безопасности медицинской деятельности может быть использована в качестве индикатора состояния организации системы здравоохранения. Рост показателя в 2 и более раз в сравнении с предыдущим периодом должен стать поводом для более глубокого анализа ситуации в регионе, исследования структуры обращений и поиска системной причины резкого повышения активности пациентов.

Наибольшее практическое значение имеет показатель доли повторных обращений граждан (особенно в динамике), стабильно высокие цифры или быстрый рост следует рассматривать как наличие проблемы, прежде всего, в эффективности реагирования на обращения граждан. Данный показатель может быть принят как один из индикаторов качества функционирования системы медицинской помощи на уровне субъекта, отдельной территории или медицинской организации. Возможно включение данного показателя в перечень индикаторов для составления рейтингов медицинских организаций, регионов.

Особую зону неуправляемой неэффективности в системе здравоохранения составляет проблема «соплатежей» населения за медицинские услуги, а также приобретение лекарственных средств из личных средств граждан.

В последнее время федеральный орган управления здравоохранением усилил предметный и ценовой контроль за потреблением бесплатных списков препаратов для медикаментозного лечения по полису ОМС.

Пациентские организации, врачебные ассоциации при этом отмечают снижение доступности лекарственных препаратов в розничной безрецептурной продаже, распространенность самолечения и нерегулируемых покупок лекарственных средств, рост потребления витаминов и микроэлементов, развитие гомеопатии и нетрадиционных методов лечения.

Все вышесказанное подчеркивает необходимость развития на платформе биллинговых систем в ОМС также и более широких перспектив для систем электронного учета потребления лекарственных средств и предметов медицинского назначения. Это приобретает особую актуальность на фоне отсутствия независимого контроля качества медицинских услуг, отставания процедур лицензирования и аккредитации медицинских и фармацевтических учреждений, а также их работников.

Возможности фондов обязательного медицинского страхования осуществлять функции контроллинга и комплексно использовать его организационные, методологические и методические подходы весьма актуальная задача для

совершенствования организации и оказания медицинской помощи на уровне деятельности медицинских организаций.

#### 4 Риск ориентированный подход при проведении контроля качества и безопасности медицинской деятельности

При проведении контрольных мероприятий, изложенных в предыдущем разделе, по нашему мнению, не в полной мере используются современный риск-ориентированный подход (далее – РОП). Отметим, что нормативное правовое регулирование РОП требует внесения изменений в Приказы федеральных органов исполнительной власти, административные регламенты осуществления государственного контроля (надзора).

До начала модернизации административных регламентов риск-ориентированного подхода к контролю (надзору) перспективными изменениям должны быть подвержены общие вопросы контрольно-надзорной деятельности в сфере здравоохранения.

В связи с этим, считаем необходимым первоочередное проведение модернизации ряда методологических и методических моментов контрольно-надзорной деятельности по следующим основным мероприятиям:

##### 1. Упорядочение процедур проведения проверок:

- типизация выездных контрольных мероприятий по финансово-экономическому контролю деятельности объектов здравоохранения (по видам медицинских, социальных и иных объектов контроля) для всех уполномоченных органов;
- типизация выездных проверок качества медицинской помощи, контроля безопасности медицинской деятельности для всех уполномоченных органов;
- определение единого оператора синхронизации разных ведомственных планов-графиков проведения контрольных мероприятиях во всех уполномоченных органах по вопросам, относящимся к деятельности организаций здравоохранения;
- автоматизация основных процессов при реализации контрольно-надзорных функций;

- унификация контрольных форм для оформления результатов проверок всеми уполномоченными органами;
- создание единого электронного ресурса и (или) электронного портала для «выгрузки» результатов проверок финансово-экономического контроля, контроля качества и безопасности медицинской (медико-социальной) помощи с паролями доступа для всех уполномоченных органов и их официальных представителей;
- формирование единого федерального реестра (региональных сегментов реестра) экспертов (аудиторов) по направлениям: финансово-экономический контроль; контроль качества оказания государственных медицинских и социальных услуг, состоящего из представителей разных уполномоченных органов;
- обеспечение участия институтов профессиональной автономии в обсуждении результатов контрольно-надзорной деятельности уполномоченных органов.

2. Ревизия официальных отчетных форм и унификация правил проведения камеральных проверок:

- ревизия статистических, бухгалтерских, налоговых и иных параметров официальных отчетных форм в сфере здравоохранения;
- исключение дублирующей и излишней отчетной информации, унификация отчетных параметров и модернизация регламентов электронного обмена данными;
- минимизация камеральных проверок деятельности объектов здравоохранения, переход на электронный обмен данными;

3. Унификация объектов контрольных действий:

- формирование единого реестра юридических лиц и индивидуальных предпринимателей в сфере здравоохранения;
- формирование унифицированных реестров комплексных публичных услуг здравоохранения, используемых для измерения полноты выполнения уставной деятельности и (или) полноты выполнения объемов государственного задания;
- формирование единого федерального перечня полностью платных и (или) частично платных услуг для населения в сфере здравоохранения (финансово необеспеченных государственным заданием и системой обязательного страхования граждан);

- формирование государственных тарифов на платные услуги здравоохранения;

#### 4. Унификация процедур обработки данных об обращениях граждан:

- разработка формата текущего информационного обмена сведениями о жалобах граждан по вопросам качества и доступности медицинской помощи, поступающих в различные уполномоченные органы (к участникам системы ОМС);

- дополнение возможностей «личного кабинета застрахованного» и (или) разработка дополнительного электронного ресурса для подачи гражданами электронных жалоб с возможностью идентификации при регистрации;

- определение единого оператора баз данных об электронных жалобах граждан на качество и доступность медицинской помощи (иные вопросы контроля в сфере здравоохранения);

- предоставление ключей доступа для уполномоченных органов к расширенным электронным ресурсам жалоб и обращений граждан, находящихся у оператора баз данных.

Отметим, что в стадии становления находятся вопросы количественных оценок и (или) эталонов для категорий: «качество медицинской помощи», «качество медицинской деятельности», «безопасность медицинской деятельности», «доступность медицинской помощи», «эффективность (результативность) методов медицинских вмешательств» и пр., которые становятся объектом контрольно-надзорной деятельности государственных органов, институтов страховой медицины.

В дальнейшем при использовании имеющихся подходов к РОП в контрольной деятельности, единых для всех сфер экономической деятельности, можно приступать к описанию специфики рисков в здравоохранении в условиях оплаты страхового случая (заболевание, несчастный случай на производстве, реабилитация, социальная помощь, материнство и пр.), влияющих на процедуры и содержание проверок медицинских (социальных) организаций и иных юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих данный вид деятельности качественно и безопасно.

Критичными являются случаи выявления при проверках фактов причинения вреда жизни, здоровью застрахованных лиц в результате неправомерных действий (бездействия) должностных лиц и отдельных медицинских работников.

Данный риск можно назвать наиболее существенным во всей системе здравоохранения. Он сопряжен с оценкой тяжести причиненного вреда.

Как правило, такие случаи в медицине могут стать причиной запущенной патологии, не леченных или перенесенных «на ногах» заболеваний, а также могут быть обусловлены всплеском сезонных заболеваний, эпидемий и отрицательной динамикой критических заболеваний среди населения (онкологии, туберкулеза, ВИЧ-СПИД, наркологии, инфекции и пр.). Не всегда, некачественная помощь – это вина производителей услуг.

Конечно, отмечаются и врачебные ошибки, приводящие к необратимым последствиям для здоровья граждан. Имеются в отрасли случаи некачественного оказания услуг, нарушений прав граждан на бесплатное их получение и пр. характеристики не безопасной деятельности юридических лиц.

Наряду с вредом здоровью населения критические, и, как правило, социально-значимые случаи заболеваний могут сопровождаться смертью застрахованных. В ней родственники всегда склонны винить медиков. Не вдаваясь в этику и деонтологию отношений «врач-пациент», отметим, что требуется перечень критических заболеваний, и алгоритмизация действий медицинских работников по всем этапам информирования населения, выявления таких случаев, их профилактики, лечения.

В зону повышенного негативного риска попадают заболевания в детском и пожилом возрасте, травмы и отравления, а также заболевания сердечно-сосудистой системы и ряд других.

Отметим, что первые места по смертности населения за последние 5 лет не меняются, практически. Лидируют, занимая 5-ть первых позиций, такие причины как: болезни системы кровообращения (639,5 случаев на 100 тысяч человек населения в 2015 году); новообразования и онкологические заболевания (203,6

смерти в среднем на 100 тысяч человек населения); внешние причины смерти - 112,5 случаев на 100 тысяч человек населения, среди которых в том числе: ДТП (16,5 случаев); убийства и самоубийства (34,4 случая); болезни органов пищеварения (69,1 случай на 100 тыс. чел); болезни органов дыхания (52,1 случай на 100 тыс. человек) (таблица 6)

Таблица 6 – Распределение причин смертности населения в 2015 году по сравнению с 2014 г (данные Росстата России)[21]

№ п.п.	Причины смертности населения	на 100 тыс. человек населения		
		2015г.	2014г.	2015г. в % к 2014г.
1	Всего умерших, <u>из них от:</u>	1313,7	1313,9	100,0
2	<i>болезней системы кровообращения</i>	639,5	654,6	97,7
3	<i>Новообразований</i>	203,6	201,2	101,2
4	<i>внешних причин смерти</i>	112,5	119,3	94,3
4.1.	из них от: всех видов транспортных несчастных случаев	16,5	19,6	84,2
4.2.	случайных отравлений алкоголем	6,5	6,6	98,5
4.3.	Самоубийств	17,5	18,9	92,6
4.4.	Убийств	7,9	8,7	90,8
5	<i>болезней органов пищеварения</i>	69,1	66,0	104,7
6.	<i>болезней органов дыхания</i>	52,1	53,0	98,3
7	<i>некоторых инфекционных и паразитарных болезней</i>	22,3	21,5	103,7

Разобщенность учреждений первичной и скорой медицинской помощи, отсутствие дистанционных каналов врачебных консультаций между региональными пунктами первичной медико-санитарной, специализированной помощи и высокотехнологичными медицинскими центрами приводит к снижению доступности высококвалифицированной помощи, особенно в сельской местности и районах с низкой плотностью населения, отдаленных от областных центров.

Кроме того, в трехуровневой системе современного здравоохранения, когда прописываются правила обслуживания граждан в зависимости территории их проживания, часто не достаточно регламентирована маршрутизация пациентов. В последнее время делаются попытки «междисциплинарных» экспертиз (о чем было сказано выше) случаев несвоевременного оказания медицинской помощи, или особых проверок нарушений, связанных с направлением на госпитализацию. Под пристальным контролем находятся сроки получения плановой госпитализации в стационарах и диагностики – в поликлиниках. Однако, отметим, что системных мер преодоления сложившихся негативных последствий страховых принципов оплаты оказанной медицинской помощи явно не достаточно. Нам представляется, что контролировать качество маршрутизации пациентов и делать выводы о структурных преобразованиях региональной сети государственных учреждений следует все же с позиций методологии управления качеством лечения, а не с позиций утверждения методики контроля качества выполнения стандартов оказания медицинской помощи. Последние принимались в рабочих группах главными специалистами Минздрава России, без участия профессиональной медицинской автономии, со временем они устаревают и требуют корректировки с учетом предложений медицинского сообщества.

Отметим, что врачи часто впервые узнают от проверяющих о своих обязанностях и регламентах в их деятельности, что говорит о несовершенстве системы вузовского последипломного образования. В системах аттестации и аккредитации врачей нет полноценных разделов, связанных с вопросами по страховой модели здравоохранения, ее нормативном регулировании. К процедурам допуска к профессии не добавлены требования по овладению компетенциями в рамках клинико-связанных групп (КСГ) лечения заболеваний, их структуре и связи с

клиническими протоколами ведения больных. Компетенции по обеспечению «табельной» оснащенности медицинским оборудованием и оптимизации штатных расписаний в рамках требований федеральных Порядков оказания медицинской помощи (по видам) не освоены до сих пор многими работниками АУП. Отсюда возникают проблемы с правильной постановкой внутреннего контроля экономического субъекта, которые приводят к штрафным санкциям, вытекающим из результатов внешнего аудита хозяйственной деятельности медицинских организаций.

Несовершенной остается система межучрежденческих расчетов при оплате помощи по страховому тарифу за законченный случай лечения. Не во всех тарифных соглашениях в субъектах РФ утверждается такой порядок, не всегда определяются тарифы для оплаты за простую медицинскую услугу, исследование, анализ при общем правиле «оплата за законченный случай». Может быть нужна консультация, возможно требуется хирургическое лечение более высокого уровня, чем в учреждении первого обращения и т.п. все это может быть сопряжено с финансовыми рисками неполной оплаты и (или) неоплаты. Фондодержание поликлиник в реальности еще не завершено, хотя подушевой принцип финансирования страхового случая является единственным способом оплаты амбулаторно-поликлинической помощи. При направлениях пациентов из одного учреждения в другое, если еще оно сопровождается прерванным случаем лечения (или даже перевод больного из одного структурного отделения одной и той же больницы в другое отделение), могут возникать серьезные финансовые санкции. Такая ситуация должна быть более четко сформулирована в терминах контроля качества лечения. Что лучше пациенту, разве то что лучше регламентировано с точки зрения полной оплаты, - вопрос, создающий противоречие между ожиданиями граждан от системы здравоохранения и возможностями механизмов оплаты медицинской страховки.

Отметим, что ряд критических и рискованных заболеваний могут госпитализироваться в специализированные центры, выделенные в отдельные узкопрофильные юридические лица. Именно в них концентрируются компетентные медики, обладающие знаниями и умениями. Таких узких специалистов, зачастую, нет в штате многопрофильных поликлиник и стационаров. Не является ли такая

локализация противотуберкулезных, онкологических, наркологических, психоневрологических диспансеров и врачей-специалистов, отчасти, причиной запущенной патологии по данным причинам заболеваемости населения. В советских поликлиниках принимали такие специалисты и к ним регулярно направляли территориальных граждан, школьников и студентов.

Сеть школьной медицины и наличие врачей в школах и дошкольных учреждениях тоже не является экономически эффективной, при этом, экономичность создает риски формирования ранних форм патологии, выявляемых уже во взрослом возрасте при прохождении диспансеризации.

Отметим, что ежегодные скрининговые программы диспансеризации, оплачиваемые государством, опять управляются финансово-экономической целесообразностью. Часть граждан ее не проходят, а прошедшие не систематизируются и не сопровождаются в дальнейшем на персонализированные программы стационарного лечения, или медицинскую реабилитацию. В территориальных программах медицинского страхования могут отдельным направлением планироваться расходы на дальнейшее лечение или санаторно-курортную реабилитацию граждан, прошедших диспансеризацию и имеющих выявленную потребность в стационарном лечении.

Учреждения скорой медицинской помощи в действующей модели оказания медицинской помощи гражданам организационно обособлены, не входят в единый комплекс медицинских учреждений, решают, в основном, вопросы медицинской эвакуации и первой помощи при острых стадиях болезней или обострениях хронических заболеваний.

Все организационные моменты региональной локализации сети учреждений требуют выявления устойчивых статистических трендов причин обращений граждан за медицинской помощью. Как правило, в динамике заболеваемости по обращаемости граждан в медицинские учреждения фигурируют однотипные (не критические заболевания). При этом, статистика штрафных санкций в результате проведения контрольных мероприятий не снижается, а только растет. Государственные задания и страховые планы распределяются между учреждениями

без наличия методических указаний, хотя и в рамках общих объемно-финансовых нормативов ПГГ (ТПГГ), не конкретизированных по их причинам.

С точки зрения отсутствия вреда жизни и здоровья граждан типичный лечебно-диагностический процесс не становится при этом менее рискованным. Есть «обычные» статистические диагнозы, представляющие определенный риск юридическим лицам здравоохранения, при неполной оплате их тарифом ОМС, например. Т.е. даже финансовые условия, в которых оказывается медицинская помощь, могут стать серьезной угрозой качеству лечения и безопасности жизни пациентов клиник, работающих под контролем страховщиков.

Установление сроков лечения диагноза и санкции за их сокращение (увеличение) в страховой модели отечественного здравоохранения, также могут спровоцировать негативные последствия и осложнения хода течения самого обычного заболевания, не включенного в группу риска для здоровья.

Отметим также существующие процедуры лекарственного обеспечения в системе бесплатного, гарантированного его предоставления в государственных медицинских организациях. Министерство здравоохранения руководствуясь экономической целесообразностью ежегодно формирует перечни лекарственных средств, оплачиваемых по страховке. Формирование таких перечней для гарантированной их оплаты страховщиками – это прерогатива федерального органа управления здравоохранением, врач не может назначить иной лекарственный препарат, если он не включен в программу государственных гарантий. Рождается противоречие: проверки выявляются случаи замены лекарственных средств медиками и возникают санкции, а клинически доказанная результативность лечения – это ответственность лечащего врача.

Ранее нами был проанализирован мировой опыт разработки и утверждения стандартов оказания медицинской помощи. Отмечается, что Россия находится в стадии формирования единых перечней клинико-связанных групп заболеваний (КСГ), объединенных схожестью схем лечения и ресурсоемкостью. При этом, данный путь позитивен с точки зрения планирования финансовых обязательств

программы государственных гарантий, но собрал много негативных оценок со стороны медицинского сообщества и пациентов.

Государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности, контроль качества в системе ОМС базируются на проверках соответствия фактических назначений лечебно-диагностических процедур и лекарств с их предписанными стандартом нормами.

Добавить к этому можно еще то, что обязательные процедуры конкурсных закупок ресурсов для государственных нужд не дают возможности при формировании материалов торгов государственными учреждениями ясно и прозрачно сформулировать требования к торговому названию закупаемого лекарственного средства и (или) предмета медицинского назначения, стране производителю, концентрации полезного вещества в готовой лекарственной форме, чтобы не нарушать требований антимонопольной службы по защите конкуренции. Ведь есть в этом рискованные элементы необеспеченности лечебного процесса качественными ресурсами, что в дальнейшем отразится на результатах оказания медицинской помощи.

Перечисленные случаи, далеко неисчерпывающий перечень примеров, которые свидетельствуют о необходимости формировать риск-ориентированные подходы при контрольно-надзорной деятельности в сфере здравоохранения вообще и для медицинских организаций, - в частности.

Для целей корректировки контрольно-надзорных процедур при переходе на риск-ориентированный подход их проведения есть необходимость, на наш взгляд, типизировать следующие основные моменты (их перечень, прежде всего, обусловлен авторским видением, а также отсутствием должного внимания на них в существующей практике проведения проверок и планирования контрольных мероприятий, но не является исчерпывающим).

- 1) Определить рискованные виды медицинской помощи и диагнозы международной классификации болезней десятого пересмотра (сокращенно - МКБ10).

Могут быть составлены региональные рейтинги:

- причин смертности населения (5-ть первых мест) по МКБ 10;
- причин заболеваемости населения (5-ть первых мест) по МКБ10;
- диагнозов МКБ10 (5-ть первых мест) по встречаемости в счетах – фактурах ОМС по обращаемости граждан в больничные учреждения (стационары и дневные стационары);
- диагнозов МКБ10 (5-ть первых мест) по встречаемости в счетах – фактурах ОМС по обращаемости граждан в амбулаторно-поликлинические учреждения;
- диагнозов МКБ10 (5-ть первых мест) по встречаемости в счетах – фактурах ОМС по обращаемости граждан в учреждения скорой медицинской помощи;
- заболеваний (диагнозов МКБ10) с точки зрения несовершенства федеральных стандартов и наибольшей встречаемости таких случаев при обращаемости граждан.

Далее можно данный список продолжить по мере необходимости, он не является закрытым. В этот список следует включать обобщение статистики в системе ОМС, аналитические данные по работе страховых представителей и итоговые материалы работы «мультидисциплинарных бригад» и пр.

- 2) Составить списки рисковых региональных учреждений, оказывающих виды медицинской помощи и диагнозы МКБ10 в соответствии с п. 1).

Могут быть составлены региональные рейтинги:

- наиболее рисковых по п.1) юридических лиц государственной системы;
- рейтинги рисковых по п.1) субъекты малого и среднего предпринимательства;
- наиболее рисковые по 1) индивидуальные предприниматели.

Далее можно данный список рейтингов продолжить по мере необходимости, он не является закрытым.

На основании такого модельного подхода по этим учреждениям можно в дальнейшем определить периодичность проведения проверок, отличающуюся от общих установленных сроков.

3) Отобрать рискованные предметы конкурсных процедур (конкурсы (аукционы) по закупке ресурсов для государственных нужд), или группы предметов закупок ресурсов (особенно лекарственных средств):

- составить рейтинг критических закупок (по предмету конкурсного (аукционного) мероприятия);

- составить рейтинг критических конкурсных процедур.

Далее можно данный список рейтингов продолжить по мере необходимости, он не является закрытым.

4) Отобрать рискованные причины обращений (жалоб) населения на качество и доступность медицинской помощи.

Работа по формированию рискованных, или реперных точек при планировании контроль-надзорных мероприятий в сфере здравоохранения должна осуществляться с учетом совершенствования процедур контроля качества и доступности медицинской помощи населению в системе ОМС. Кроме того, весьма важным направлением может стать обобщение причин штрафных санкций в системе медико-экономического контроля, внеплановых проверок страховщиков и пр.

По данным исследования в регионах могут формироваться предложения по проведению проверок.

5) Отобрать эталоны экономических показателей нормативных расходов (прямых и косвенных) по видам организаций (уровням помощи) и составить рискованные списки организаций:

- внутригрупповые (3-х уровневые) рисковые рейтинги по показателям расходов на оплату труда в государственных организациях (отклонения  $\geq 15\%$  от среднего по уровню<sup>1</sup>);

-внутригрупповые (3-х уровневые) рисковые рейтинги расходов на содержание имущества государственных учреждений(отклонения  $\geq 15\%$  от среднего по уровню);

- внутригрупповые (3-х уровневые) рейтинги расходов на материальные затраты (отклонения  $\geq 15\%$  от среднего по уровню).

Далее можно формировать такие рейтинги по всем видам расходов КОСГУ.

6) Отобрать примеры рисковых форм организации предпринимательства и государственно-частного партнерства.

7) Отобрать рисковые профессиональные компетенции, оказывающие опосредованное влияние на все предыдущие медицинские, социальные и экономические последствия медицинской деятельности:

-рейтинги врачебных специальностей, вызывающие основные проблемы при проведении контрольных мероприятий и экспертиз качества;

-рейтинги административно-управленческих специальностей, вызывающих наибольшее количество рисковых ситуаций.

Обобщая статистику некоторых показателей риска из разных групп, перечисленных здесь в пунктах 1)-7) можно готовить сводную таблицу интегрального риск-ориентированного подхода для перспективного моделирования нового порядка проведения контрольно-надзорной деятельности и контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

---

<sup>1</sup> Такой диапазон взят авторами условно в качестве примера, он должен быть отдельно рассчитан и обоснован

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Процесс оптимизации и унификации контрольных функций в системе здравоохранения и ОМС позволит перейти на новую парадигму качества и безопасности медицинской деятельности, ориентированной на неценовые критерии и способствующей развитию конкуренции.

Конкуренцию в сфере здравоохранения должны обеспечивать не только производители медицинских услуг всех форм собственности, но, прежде всего пациенты, осуществляющие осознанный выбор учреждений для лечения и профилактики проблем со здоровьем.

Государственный контроль может создавать все условия для безопасного выбора гражданином врача, учреждения вне зависимости от того по какой программе обслуживается человек: по обязательной страховке, по ДМС или за свой счет путем прямой оплаты услуги в медицинской организации по договору.

Этот процесс, по нашему мнению, будет способствовать росту «индекса открытости» медицинских организаций, правильной оценки результатов их деятельности.

Отметим, что информирование пациентов о процессах в государственном правлении и о состоянии госфинансов можно считать нормой современной общественной жизни. Начаты и успешно реализуются в субъектах РФ проекты: «открытое правительство», «открытый бюджет».

Уже сейчас по данному направлению достигнут значительный прогресс: Российская Федерация улучшила свое положение по такому показателю как «Индекс открытости бюджета», который рассчитывается Международным бюджетным партнерством, с 60 баллов в 2010 году до 74 баллов в 2012 и 2015 годах и заняла 11 место из 102 исследуемых стран при среднем индексе в 45 из 100 баллов по результатам исследования 2015 года. В результате, в соответствии с методологией исследования, в 2015 году Россия сохранила свое положение в группе стран, предоставляющих «значительный объем информации о бюджетном процессе для общественности» [27].

Таблица 7 -

Показатель индекса открытости бюджета для России	2006	2008	2010	2012	2015
Балл в России	47	58	60	74	74
Позиция России в рейтинге	27	22	21	10	11
Количество государств, включенных в обзор	59	85	94	100	102

Источник [27]

Практика формирования гражданских бюджетов на субфедеральном уровне сложилась следующим образом. В 2013 г. 46 субъектов РФ разработали «Бюджет для граждан» в виде брошюр и презентационных материалов или в формате порталов информационно-телекоммуникационной сети Интернет. Надо сказать, что в ряде субъектов РФ уже существует многолетний опыт представления информации о бюджете в доступной для граждан форме, в частности, в Краснодарском крае – с 2005 г., в Красноярском крае – с 2008 г., в Алтайском крае – с 2010 г. [27]

В 2014 г. количество субъектов РФ, подготовивших «Бюджеты для граждан», возросло до 77, из них 64 субъекта представили брошюры и презентационные материалы, 13 – ссылки на функционирующие порталы [27].

В контексте данных процедур следует совершенствовать и государственные контрольные меры и страховые экспертизы, публикуя информацию о них для ознакомления общественности.

Подобные шаги могут быть возможными в условиях унификации контрольно-надзорных процедур в сфере здравоохранения, проводимых разными уполномоченными органами (организациями) в свете существующего законодательства.

Переход на риск-ориентированный подход при проведении контрольно-надзорных функций государства и страховщиков высвободит значительные силы для прямого контакта «врач-пациент», что создаст благоприятную среду неценовой конкуренции при оказании медицинской помощи.

## ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ ИСТОЧНИКИ

1. Приказ Минтруда от 24.11.2014 г. №935н «Методические рекомендации по утверждению критериев качества социальных услуг населению в стационарных учреждениях социальной защиты».
2. Приказ Минтруда России от 01.07.2013 N 287 "О методических рекомендациях по разработке органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления показателей эффективности деятельности подведомственных государственных (муниципальных) учреждений социального обслуживания населения, их руководителей и работников по видам учреждений и основным категориям работников"
3. Приказ Минздрава России от 29.12.2012 N 1706 "Об утверждении методических рекомендаций по разработке органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации планов мероприятий ("дорожных карт") "Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в субъекте Российской Федерации"
4. УКАЗ ПРЕЗИДЕНТА РФ ОТ 07.05.2012 №606 «О мерах по реализации демографической политики в Российской Федерации»,
5. УКАЗ ПРЕЗИДЕНТА РФ ОТ 07.05.2012 №597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики».
6. Федеральный закон от 31.10.2016 N 379-ФЗ "Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2015 год" / КонсультантПлюс
7. Федеральный закон от 31.10.2016 N 377-ФЗ "Об исполнении федерального бюджета за 2015 год" / КонсультантПлюс
8. Ежегодный сборник ФСГС «Социально-экономическое положение России в 2015 году. (29.12.2015№АС-04-1/341-СД). стр.100
9. Фучежи А.П. Экономическое обеспечение государственных услуг в страховой модели здравоохранения России.М.: 2015, - Автореферата на соиск. уч.степ. канд. эконом.наук 08.00.05

10. Меловатская, Н. Ю. «Статистический анализ рынка платных медицинских услуг в условиях кризиса годов» [Текст] / Н. Ю. Меловатская. - «Аудит и финансовый анализ». – Вып. № 5. – 2013. – С.449 – 455.
11. Электронный ресурс, режим доступа <http://conference.apcmed.ru/upload/iblock/246/BusinesStat.pdf> Дата доступа 26.07.2016
12. Аналитические материалы по итогам экспертной сессии "Актуальные вопросы регулирования страхового рынка" Гильдии инвестиционных и финансовых аналитиков, НП "Совет МФЦ" и ТПП РФ, 18.06.2015 [электронный ресурс]: <http://gifa.ru/news/>.
13. Электронный ресурс, режим доступа <http://conference.apcmed.ru/upload/iblock/246/BusinesStat.pdf> Дата доступа 26.06.2016)
14. Постановление правительства РФ от 17 марта 2008 года №178 « О правительственной комиссии по вопросам конкуренции и развития малого и среднего предпринимательства» (в ред. Постановления Правительства РФ от 23.07.2012 N 762)
15. Официальный сайт Минэкономразвития РФ: <http://economy.gov.ru/minec/about/structure/depmb/20151013>.
16. Приказ Росстата от 5 июня 2015 г. N 259 «Основные методологические и организационные положения по сплошному федеральному статистическому наблюдению за деятельностью за субъектами малого и среднего предпринимательства» (в ред. Приказа Росстата от 04.09.2015 N 414)
17. Итоги сплошного федерального статистического наблюдения за деятельностью субъектов малого и среднего предпринимательства за 2010-2012 гг.: В 3 т. Официальное издание. М.: ИИЦ "Статистика России", 2014. Т. 2. С. 20.
18. Итоги сплошного федерального статистического наблюдения за деятельностью субъектов малого и среднего предпринимательства за 2010-2012 гг.: В 3 т. Официальное издание. М.: ИИЦ "Статистика России", 2014. Т. 2. С. 20.
19. Постановление Правительства РФ от 9 февраля 2013 г. N 101 "О предельных значениях выручки от реализации товаров (работ, услуг) для каждой категории субъектов малого и среднего предпринимательства" // СЗ РФ. 2013. N 7. Ст. 646. (в ред. постановления от 13 июля 2015 г. N 702)

20. Официальный сайт Минэкономразвития РФ:  
<http://economy.gov.ru/minec/about/structure/depmb/20151013>.
21. Статистические издания Росстата: «Российский статистический ежегодник», «Здравоохранение в России» ([http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/)).
22. Постановление Правительства Российской Федерации «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности» № 1152 от 12.11.2012
23. Приказ Минздрава России «Об утверждении порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности» от 21.12.2012 № 1340н
24. Доклад Иванова И.В., к.м.н., генерального директора Федеральное государственное бюджетное учреждение "Центр мониторинга и клинко-экономической экспертизы" Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения (из выступления 10 сентября 2015 года г. Санкт-Петербург на всероссийском форуме «Повышение эффективности работы медицинского учреждения в современных условиях»).
25. Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики (<http://www.gks.ru>)  
[http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/enterprise/reform/](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/enterprise/reform/)
26. Федеральный закон от 29.10. 2010 N 326 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» ст.40-42.
27. Научно-практические конференции ученых и студентов с дистанционным участием. Коллективные монографии [Текст] - Электронный ресурс, режим доступа //<http://sibac.info/15081>
28. Обзор открытости бюджета за 2015 год. Основные факты и выводы: [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.internationalbudget.org/wp-content/uploads/OBS2015-Executive-Summary-Russian.pdf>
29. Об утверждении Методических рекомендаций по представлению бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов и отчетов об их исполнении в доступной для граждан форме: приказ Минфина России N 86н,

Минрегиона России N 357, Минэкономразвития России N 468 от 22.08.2013  
[Электронный ресурс]. – URL:  
<http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=154729#0>

30. Об утверждении Методических рекомендаций по представлению бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов и отчетов об их исполнении в доступной для граждан форме: приказ Минфина России от 22.09.2015 N 145н [Электронный ресурс]. – URL:  
<http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=186396#0>

31. Определены победители конкурса проектов «Бюджет для граждан», 4 марта 2015, Открытое правительство. [Электронный ресурс]. – URL:  
<http://open.gov.ru/events/5512236>