

**Сводная аналитическая записка
об использовании средств федерального бюджета и государственных
внебюджетных фондов, направленных на реализацию приоритетного
национального проекта «Здоровье» в 2006 году**

Введение

Целью проведения комплекса контрольных и экспертно-аналитических мероприятий является анализ реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2006 году.

Актуальность проведения данного комплекса мероприятий обусловлена сложившимися в последние годы острыми проблемами состояния здоровья и высокими показателями смертности населения Российской Федерации.

В Послании Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации от 26 мая 2004 года были обозначены приоритетные национальные задачи которые определены в качестве основных для реализации всеми уровнями государственной власти и муниципального управления. Особое внимание обращено на решение задачи «улучшение состояния здоровья российской нации». Проблема качества и доступности медицинского обслуживания названа одной из важнейших среди самых насущных для граждан страны проблем.

В Послании Федеральному Собранию Российской Федерации от 25 апреля 2005 года Президентом Российской Федерации был затронут ряд конкретных вопросов, которые требовали первоочередного решения. Это касалось вопросов состояния здравоохранения, а также решения острейших демографических проблем. Отмечалось, что российские женщины живут почти на десять, а мужчины - на 16 лет меньше, чем в странах Западной Европы. Особый акцент делался на том, что прежде всего надо обеспечить доступность и высокое качество медицинской помощи, возродить профилактику заболеваний как традицию российской медицинской школы.

При этом указано, что эти послания Федеральному Собранию следует рассматривать как совместную программу на ближайшее десятилетие.

Необходимо отметить, что в Программе социально-экономического развития Российской Федерации на среднесрочную перспективу (2006-2008 годы), утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации, абсолютными приоритетами определены реформы секторов, связанных с развитием человеческого капитала, прежде всего образования и здравоохранения.

В целях реализации задачи обеспечения доступности и качества медицинской помощи был разработан приоритетный национальный проект «Здоровье», направленный на развитие первичной медико-санитарной помощи и обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью. На эти цели в 2006 году были предусмотрены дополнительные расходы за счет средств федерального бюджета в сумме 65688,0 млн. рублей, в том числе трансферты, передаваемые Федеральному фонду обязательного медицинского страхования (далее - Федеральный фонд ОМС), - 17400 млн. рублей и передаваемые органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации - 5142,8 млн. рублей; средства Федерального фонда ОМС - 6400 млн. рублей и средства Федерального фонда ОМС, направленные в Фонд социального страхования Российской Федерации, - 17500 млн. рублей; средства Фонда социального страхования Российской Федерации - 1900 млн. рублей, всего - 91488 млн. рублей.

В связи с этим возникла необходимость осуществления мониторинга и анализа использования средств федерального бюджета и государственных внебюджетных фондов, направленных на реализацию приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения.

Предметом комплекса мероприятий являлись:

- средства федерального бюджета, государственных внебюджетных фондов, выделенные в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» на финансирование оплаты труда медицинским работникам, обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью, выполнение договоров на закупку, поставку вакцин;

- поставки за счет средств федерального бюджета в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» диагностического оборудования муниципальным амбулаторно-поликлиническим учреждениям, машин скорой медицинской помощи и реанимобилей учреждениям скорой медицинской помощи;

- нормативные правовые акты и иные распорядительные документы в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье», обосновывающие операции со средствами федерального бюджета и государственных внебюджетных фондов, поставками диагностического оборудования, машин скорой медицинской помощи и реанимобилей, вакцин;

- бухгалтерская и статистическая отчетность.

Объектами контрольных мероприятий являлись:

- Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию;

- министерство здравоохранения Астраханской области, департаменты здравоохранения Владимирской, Тюменской областей, Краснодарского края;

- территориальные фонды обязательного медицинского страхования Астраханской, Владимирской, Тюменской, Московской областей, Краснодарского края;

- муниципальные учреждения здравоохранения (выборочно) Астраханской, Владимирской, Тюменской областей, Краснодарского края - получатели бюджетных средств, диагностического оборудования, машин скорой медицинской помощи, реанимобилей в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье»;

- федеральное государственное унитарное предприятие «Научно-производственное объединение по медицинским иммунобиологическим препаратам «Микроген».

При проведении мониторинга реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» использованы:

- информация федеральных органов исполнительных власти, Федерального фонда обязательного медицинского страхования, Фонда социального страхования Российской Федерации;

- информация контрольно-счетных органов 71 субъекта Российской Федерации.

Результаты комплекса контрольных и экспертно-аналитических мероприятий по вопросам реализации национального проекта «Здоровье», проведенных в 2006 году, были рассмотрены на Коллегии Счетной палаты Российской Федерации (протокол от 26 января 2007 года № 2К (520)).

В соответствии с решением Коллегии Счетной палаты Российской Федерации были направлены:

- отчет в Правительство Российской Федерации, Совет Федерации и Государственную Думу Федерального Собрания Российской Федерации, полномочным представителям Президента Российской Федерации в федеральных округах, руководителям контрольно-счетных органов субъектов Российской Федерации, принимавших участие в совместных контрольных мероприятиях;

- представления Министру здравоохранения и социального развития Российской Федерации М. Ю. Зурабову, Руководителю Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию Ю. Н. Беленкову, и.о. директора Федерального фонда обязательного медицинского страхования Д. В. Рейхарту;

- информационное письмо в Министерство финансов Российской Федерации.

Кроме того, в рамках стратегического аудита Планом работы Счетной палаты Российской Федерации предусмотрена подготовка сводной аналитической записки об использовании средств федерального бюджета и государственных внебюджетных фондов, направленных на реализацию приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2006 году.

Целью формирования данной аналитической записки является проведение экспертизы достижения национальных целей, поставленных политическим руководством страны в сфере здравоохранения, оценка их реализуемости и результативности с точки зрения ресурсообеспеченности и эффективности исполнительной власти по реализации поставленных задач в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье».

В подготовке сводной аналитической записки принимали участие Направление деятельности по контролю расходов федерального бюджета на здравоохранение, социальную политику и за бюджетами государственных внебюджетных фондов и Экспертно-аналитическая группа - Центр ситуационного анализа Счетной палаты Российской Федерации.

При формировании сводной аналитической записки по реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» использованы:

- информация федеральных органов исполнительной власти, Федерального фонда обязательного медицинского страхования, Фонда социального страхования Российской Федерации;
- результаты контрольных и экспертно-аналитических мероприятий Счетной палаты Российской Федерации и контрольно-счетных органов субъектов Российской Федерации;
- информационно-аналитические материалы Федеральной службы охраны Российской Федерации по реализации приоритетных национальных проектов на основе отчетов органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации о реализации приоритетных национальных проектов;
- статистические данные Федеральной службы государственной статистики;
- информация базы данных государственной автоматизированной системы управления приоритетными национальными проектами (в рамках I этапа ГАС «Управление»);
- информация, содержащаяся в Докладе Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации «О состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2005 году».

1. Анализ медико-демографических показателей

Показатели здоровья населения Российской Федерации характеризуются тем, что начиная с 1990-х годов состояние здоровья населения России заметно ухудшилось, о чем свидетельствуют показатели заболеваемости, смертности, средней продолжительности жизни.

Для России характерен низкий уровень рождаемости, массовое распространение однодетной семьи, не обеспечивающей воспроизводство населения, и высокий уровень смертности с низкой продолжительностью жизни, особенно у мужчин.

В России регистрируется сверхсмертность населения, количество умерших в 2005 году составило 2,3 млн. человек, в пересчете на 100 тыс. человек в 2 раза больше, чем в Европе и США, в 1,5 раза больше, чем в среднем в мире.

Почти треть всех умерших в 2005 году, а это 740 тыс. человек, люди трудоспособного возраста. Смертность мужчин в рабочих возрастах практически соответствует примерно тому же уровню, который отличал царскую Россию в начале XX века.

Необходимо отметить, что отрицательные тенденции нарастания проблем демографии и здоровья в настоящее время характерны практически для всех стран Евро-

пейского союза. Однако для России эти тенденции уже перешли в разряд критических, о чем наглядно говорит статистика.

Среди всех стран Европы, Азии, Африки, Америки и Австралии по состоянию естественного прироста населения Россия находится на предпоследнем месте (после Украины).

Для Российской Федерации уже давно пройдена граничная точка баланса изменения состояния населения, и в настоящее время для нее характерно устойчивое состояние убыли населения. С учетом фактора плотности населения на занимаемой территории это состояние России крайне тревожное, характерное известными рисками потери суверенитета. Еще более тревожные выводы можно сделать, анализируя распределение населения Российской Федерации по полу и возрасту в 1959 и 2006 годах, видна тенденция изменения структурного состава населения в сторону явного его «старения», что ставит на уровень критического соотношения пенсионеры/трудоспособное население, негативное проявление которого страну ожидает уже в ближайшие годы.

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

Сокращение численности населения регистрируется с 1993 года. На 1 января 2006 года численность составила 142,8 млн. человек.

Средний возраст умерших от болезней органов дыхания, пищеварения и туберкулеза с каждым годом уменьшается, и в 2003 году этот показатель вернулся к уровню 1994 года - наихудшего в истории российской смертности послевоенного периода.

По данным Всемирной организацией здравоохранения (далее - ВОЗ), 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 (2005-2015 годы) потерей 4 млн. жизней российских граждан и национального дохода в размере 300 млрд. долларов.

Потери определяются ростом смертности от тех причин, от которых люди при современных возможностях здравоохранения не должны были бы умирать.

Следует отметить позитивные изменения показателей материнской и младенческой смертности. Показатель материнской смертности в последние годы постоянно снижается. В 2005 году он составил 25,4 на 100000 родившихся живыми.

Вместе с тем, несмотря на позитивные изменения показателей материнской и младенческой смертности, показатель младенческой смертности в России существенно выше, чем в развитых европейских странах.

Общая продолжительность жизни в Российской Федерации на 16,4 года меньше, чем в Японии, на 12,9 года - чем во Франции, на 12,0 года - чем в США.

Ожидаемая продолжительность жизни в России после 1998 года продолжала снижаться и к 2003 году составила 64,8 года (у мужчин 58,5 года и у женщин 72 года). В 2005 году показатели улучшились, но незначительно, и составили всего лишь 65,3 года (у мужчин - 58,9 года и у женщин - 72,4 года).

По показателю ожидаемой продолжительности жизни для мужчин Россия занимает 134 место в мире, для женщин - 100 место.

Ежегодно в Российской Федерации впервые признаются инвалидами более 1,1 млн. человек. Основными причинами первичной инвалидности являются болезни системы кровообращения (48 %), злокачественные новообразования (более 12 %), болезни костно-мышечной и соединительной тканей (7 процентов).

Общая численность инвалидов составляет 11,4 млн. человек (в 1997 году - 7,9 млн. человек), из них 613 тыс. - дети-инвалиды.

Принятие Федерального закона от 22 августа 2004 года № 122-ФЗ, которым предусмотрено предоставление инвалидам мер социальной поддержки, способствовало массовому обращению граждан, в основном пенсионного возраста, в бюро медико-социальной экспертизы и увеличению числа впервые признанных инвалидов: в 2004 году - 1,5 млн. человек, в 2005 году - 1,8 млн. человек.

По прогнозным оценкам, общая смертность россиян до конца нынешнего десятилетия останется на высоком уровне. Миграционный приток не сможет компенсировать потери от естественной убыли и сокращения численности населения России.

Согласно данным Минздравсоцразвития России, суммарный показатель рождаемости на протяжении последних лет не превышает 130 родившихся на 100 женщин, но для простого численного замещения поколений родителей поколениями их детей необходимо 215 родившихся.

В связи со вступлением в пенсионный возраст многочисленного контингента лиц, родившихся в послевоенные годы, усилится процесс демографического старения населения. Увеличится преобладание лиц пенсионных возрастов над численностью детей и подростков до 16 лет: с 5,1 млн. человек на 1 января 2005 года до 7,9 млн. человек на начало 2015 года. Прогнозируемые изменения в возрастном составе могут негативным образом отразиться на рынке труда и увеличить нагрузку на социальную сферу.

Как следствие неблагоприятной социально-демографической ситуации растет потребность в медицинской помощи. Растет удельный вес запущенных заболеваний, лечение которых требует значительных затрат.

Целью приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения является повышение доступности и качества медицинской помощи населению, укрепление материально-технической базы первичного здравоохранения и улучшение его кадрового обеспечения.

2. Анализ эффективности реализации приоритетного национального проекта «Здоровье»

2.1. Анализ проблем реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» по результатам контрольных и экспертно-аналитических мероприятий Счетной палаты Российской Федерации и контрольно-счетных органов субъектов Российской Федерации

Направления, основные мероприятия и параметры приоритетного национального проекта «Здоровье» утверждены Президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по реализации приоритетных национальных проектов (протокол № 2 от 21 декабря 2005 года).

Проведенный анализ расходов федерального бюджета на реализацию приоритетного национального проекта «Здоровье» показал, что исполнение Федерального закона «О федеральном бюджете на 2006 год» в части мероприятий ПНП «Здоровье» составило 83,5 % от утвержденных бюджетных назначений.

Выполнение мероприятий ПНП «Здоровье», согласно предварительным итоговым данным Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, приведено в таблицах:

Мероприятия	Утверждено ФЗ «О федеральном бюджете на 2006 год» (с учетом изменений), млн. руб.	Исполнено в 2006 г. (в стоимостно м выраже- нии), млн. руб.	% исполнения	Утверждено Президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по реализации нац. проектов (в натуральном выражении)	Исполнено	% исполнения
Всего	71482,6	59722,7	83,5			
По разделу 07 «Образование»	200,0	176,8	88,4			
подготовка врачей по специальностям «Общая врачебная практика (семейная медицина)», «Терапия и педиатрия»	200,0	176,8	88,4	200,0 млн. руб., 6318 чел.	12805 чел.	202,7
По разделу 09 «Здравоохранение»	48739,8	39207,9	80,4			
субсидии на выплаты медицинскому персоналу фельдшерско-акушерских пунктов, врачам, фельдшерам и медсестрам «Скорой медицинской помощи» (ФМБА)	45,2	26,7	59,1			
укрепление диагностической службы первичной медицинской помощи	14300,0	14296,9	99,9	14300 млн. руб., на оснащение 5512 муниципаль- ных поликлиник	22652 ед. обо- рудования	
укрепление материально-технической базы службы скорой медицинской помощи	3600,0	3577,2	99,4	3700 млн. руб., 6060 машин скорой помо- щи	6722 в т. ч. 93 реанимоби- ля с кюветами	110,9
обследование населения с целью выявления и лечения ВИЧ-инфицированных, инфицированных вирусами гепатитов В, С и иммунодефицита	2605,0	2598,2	99,7	3100 млн. руб., из них 1600 млн. руб. на лечение 15000 чел. ВИЧ-инфици- рованных и гепатитом В	14500 чел.	96,7
мероприятия по профилактике ВИЧ-инфекции, гепатитов В, С	200,0	178,4	89,2			
иммунизация населения в рамках Национального календаря прививок	4495,0	4495,0	100,0	4200 млн. руб., 30 млн. доз против гриппа, гепатита В 5 млн. доз против крас- нухи 22 млн. доз против гриппа 450 тыс. доз	13,5 млн. чел. против гепа- тита В 8,5 млн. чел.. против крас- нухи 5,75 млн. чел. против полиомиелита 22 млн. чел. против гриппа 20,5 млн. чел.	

Мероприятия	Утверждено ФЗ «О федеральном бюджете на 2006 год» (с учетом изменений), млн. руб.	Исполнено в 2006 г. (в стоимостно м выраже- нии), млн. руб.	% исполнения	Утверждено Президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по реализации нац. проектов (в натуральном выражении)	Исполнено	% исполнения
				вакцины против полиомиелита для ослабленных детей	против дифтерии, коклюша, столбняка 3 млн. чел. против кори и эпидемического паротита 2 млн. чел. против туберкулеза, новорожденные и дети 7 и 14 лет	
обследование новорожденных с целью раннего выявления наследственных заболеваний	400,0	396,0	99,0	400 млн. руб., 1 млн. новорожденных	0,6 млн. новорожденных	60,0
высокотехнологичные виды медицинской помощи ¹	9894,6	9858,0	99,6	Повышение обеспеченности населения высокотехнолог. медпомощью к 2008 г. до 45 %; увеличение к 2008 г. в 4 раза объема высокотехнолог. медпомощи, закупаемой за счет средств федерального бюджета у федеральных специализир. медицинских организаций и вновь создаваемых центров высоких технологий. 4100 млн.руб. (2006 г.), 128 тыс. чел.	128 тыс.чел.	100,0

¹ Включая текущие расходы по данному виду медицинской помощи.

Мероприятия	Утверждено ФЗ «О федеральном бюджете на 2006 год» (с учетом изменений), млн. руб.	Исполнено в 2006 г. (в стоимостно м выраже- нии), млн. руб.	% исполнения	Утверждено Президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по реализации нац. проектов (в натуральном выражении)	Исполнено	% исполнения
строительство новых медицинских центров высоких медицинских технологий	12600,0	3196,5	25,4	12600 млн. руб., Строительство 8 центров и ввод в экс- плуатацию 4 центров. Организация подготовки медицинских кадров для новых цен- тров высоких технологий: врачей - 480 чел., среднего мед- персонала - 1920 чел.	За счет средств субъектов Российской Федерации	
методическое обеспе- чение и информацион- ная поддержка	600,0	585,0	97,5			
По разделу 11 «Меж- бюджетные трансферты»	22542,8	20338,0	90,2			
передаваемые Феде- ральному фонду ОМС	17400,0	16231,0	93,3			
денежные выплаты врачам общей практи- ки, участковым тера- певтам, педиатрам, ме- дицинским сестрам со- ответствующих врачей	15400,0	14624,4	95,0	12800 млн. руб., 56145 чел.- врачи 59433 чел. - медсестры	73400 чел. - врачи 81904 чел. - медсестры	130,7 137,8
дополнительная дис- пансеризация рабо- тающих граждан	2000,0	1606,6	80,3			
передаваемые органам исполнительной вла- сти субъектов Россий- ской Федерации	5142,8	4107,0	79,9			
субсидии на выплаты медицинскому персо- налу фельдшерско-аку- шерских пунктов, вра- чам, фельдшерам и медсестрам «Скорой медицинской помощи» (с 1 июля 2006 г.)	5142,8	4107,0	79,9	4700 млн. руб., 52168 чел. (ФАПы) 105754 чел. (скорая по- мощь)	47220 чел. (ФАПы) 90494 чел. (скорая по- мощь)	90,5 85,6

Исполнение Федерального закона «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2006 год» на реализацию приоритетного национального проекта «Здоровье» составило 81,2 % от утвержденных бюджетных назначений.

Мероприятия	Утверждено ФЗ «О бюджете Федерального фонда ОМС на 2006 год» (с учетом изменений), млн. руб.	Исполнено в 2006 г. (в стоимост- ном выраже- нии), млн. руб.	% исполне- ния	Утверждено Президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по реализации нац. проектов (в натуральном выражении)	Исполнено	% исполне- ния
Всего	41300,0	33515,2	81,2			
Дотации федерально- го бюджета, переда- ваемые в ФОМС	17400,0	16231,0	93,3			
денежные выпла- ты врачам общей практики, участ- ковым терапевтам, педиатрам, меди- цинским сестрам соответствующих врачей	15400,0	14624,4	95,0	12800 млн. руб., 56145 чел. - врачи 59433 чел. - медсестры	73400 чел. - врачи 81904 чел. медсестры	130,7 137,8
дополнительная диспансеризация ра- ботающих граждан в сфере образования, здравоохранения, социальной защиты, культуры, физиче- ской культуры и спорта и в научно- исследовательских учреждениях	2000,0	1606,6	80,3	2000 млн. руб., 4 млн. чел.	2,9 млн. чел.	72,5
Средства Федерального фонда ОМС, направ- ленные в Фонд соци- ального страхования Российской Федерации	17500	12935,0	73,9			
оплата диспансери- зации работающих граждан и оказание им первичной ме- дико-санитарной помощи, а также оплата услуг госу- дарственным и му- ниципальным уч- реждениям здраво- охранения по ме- дицинской помощи, оказанной женщи- нам в период бере- менности и родов	17500	12935,0	73,9	10500 млн. руб. (из расчета 7 тыс. руб. на беременную женщину)	1,3 млн. чел.	
Средства Федераль- ного фонда ОМС	6400,0	4349,2	68,0			
оплата первичной медицинской помо- щи, оказываемой неработающим пенсионерам	6400,0	4349,2	68,0	30170 тыс. чел.	30100 тыс. чел.	99,8

Исполнение Федерального закона «О бюджете Фонда социального страхования Российской Федерации на 2006 год» в части финансирования мероприятий, направленных на реализацию приоритетного проекта «Здоровье», составило 76,6 % от утвержденных бюджетных назначений.

Мероприятия	Утверждено ФЗ «О бюджете Фонда социального страхования Российской Федерации на 2006 год» (с учетом изменений), млн. руб.	Исполнено в 2006 г. (в стоимостном выражении), млн. руб.	% исполнения	Утверждено Президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по реализации нац. проектов (в натуральном выражении)	Исполнено	% исполнения
Всего	19400,0	14851,6	76,6			
Средства Федерального фонда ОМС, направленные в Фонд социального страхования Российской Федерации	17500,0	12935,0	73,9			
оплата диспансеризации работающих граждан и оказание им первичной медико-санитарной помощи	7000,0	3878,9	55,4	7000 млн. руб., 55068 тыс. чел.	40000 тыс. чел.	72,6
оплата услуг государственным и муниципальным учреждениям здравоохранения по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности и родов	10500,0	9056,1	86,2	10500 млн. руб. (из расчета 7 тыс. руб. на беременную женщину)	1,3 млн. чел.	
Средства Фонда социального страхования Российской Федерации	1900,0	1916,6	100,9			
дополнительная диспансеризация, медицинские осмотры работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами	1900,0	1916,6	100,9	1900 млн. руб. 3568 тыс. чел.	3874 тыс. чел.	108,6

Как показывают результаты проверок Счетной палаты Российской Федерации, одновременно с ростом ресурсных возможностей падает эффективность распоряжения ими органами власти всех уровней, в том числе и в сфере здравоохранения, и, по мнению большинства экспертов, одна из ключевых причин этого - неразвитость проектного управления.

Так, следует отметить отсутствие экономических расчетов и обоснований его отдельных положений при определении объема средств на реализацию поставленных целей, оценки рисков для реализации программы.

При определении объема средств на реализацию поставленных целей не выработаны четкие критерии и методики определения эффективности решения поставленных задач. Отсутствуют показатели оценки ожидаемой эффективности расходов федерального бюджета, показатели достижения социального эффекта реализации национального проекта, что противоречит новой системе бюджетирования, ориентированной на результат.

Не были своевременно разработаны механизмы реализации отдельных положений приоритетного национального проекта, несоординированы федеральные нормативные правовые акты, регламентирующие реализацию и порядок расходования финансовых средств, поступивших в субъекты Российской Федерации из федерального бюджета на реализацию ряда основных направлений приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения.

Одним из мероприятий приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения является дополнительная диспансеризация граждан. При этом единый процесс диспансеризации, в том числе его финансирование, раздроблен на составляющие:

- основная диспансеризация, осуществляемая в рамках территориальных программ государственных гарантий (первый вид);

- дополнительная диспансеризация граждан в возрасте 35-55 лет, работающих в государственных и муниципальных учреждениях сферы образования, здравоохранения, социальной защиты, культуры, физической культуры и спорта, в научно-исследовательских учреждениях (второй вид);

- дополнительная диспансеризация работающих граждан (третий вид);

- дополнительные периодические медицинские осмотры работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами (четвертый вид).

Необходимо отметить, что медицинские услуги при проведении всех видов диспансеризации оказывают одни и те же муниципальные учреждения здравоохранения и одни и те же специалисты, работающие в системе обязательного медицинского страхования, в рамках одной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

Несмотря на указанные обстоятельства, финансовый поток при проведении первого вида диспансеризации проходит через систему обязательного медицинского страхования и бюджеты соответствующих уровней. При проведении второго типа диспансеризации финансовый поток проходит через систему обязательного медицинского страхования. При проведении третьего типа диспансеризации финансовые средства передаются из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации. Однако медико-экономическая экспертиза счетов за оказанные медицинские услуги проводится в территориальных фондах обязательного медицинского страхования. Четвертый вид диспансеризации проводится через систему социального страхования.

При этом порядки проведения всех видов диспансеризации предусматривают значительное увеличение документооборота в лечебно-профилактических учреждениях: от заключения договоров до ежемесячного заполнения различных форм отчетности, реестров, счетов.

Принятые порядки свидетельствуют о крайне несовершенных механизмах реализации мероприятий по диспансеризации работающих граждан, начиная от нелогичного раздробления финансовых потоков, поступающих в итоге в одни и те же медицинские учреждения, и до непродуктивного использования времени медицинских работников на заполнение многочисленных форм отчетности. Ситуация значительно усугубляется тем обстоятельством, что при этом не пересмотрены нормы нагрузки на медицинский персонал и не произведена увязка между дополнительной нагрузкой с учетом реализации основных направлений национального проекта и нормативами.

Кроме того, разработанные механизмы реализации мероприятий по диспансеризации работающих граждан, не рассматривают случаи, часто встречающиеся в практической деятельности, в частности, отсутствие узких специалистов при проведении допол-

нительной диспансеризации работающего населения, отсутствие одного из видов обследования ввиду отсутствия диагностического оборудования и т. д.

Механизм реализации дополнительной диспансеризации не увязан с действующими формами статистической отчетности Федеральной службы государственной статистики (сведения о работающем населении в возрасте 35-55 лет, в т. ч. в бюджетной сфере) и картой диспансерного учета по форме № 131/у-86, утвержденной приказом Минздрава СССР от 30 мая 1986 года № 770.

Положительная тенденция укрепления кадрового потенциала амбулаторно-поликлинических учреждений, повышения уровня заработной платы участковых врачей и участковых медицинских сестер никак не коррелирует с качественными показателями здоровья людей, качеством предоставляемых населению медицинских услуг. Связано это, прежде всего, с тем, что, во-первых, нет достаточной базы статистических достаточно корректных данных и, во-вторых, до сих пор не определены критерии оценки результатов деятельности медицинских работников первичного звена по оказанию дополнительной медицинской помощи, не регламентированы порядок учета объема и качества дополнительно выполняемых работ, и, как следствие, оценить результаты этого направления национального проекта не представляется возможным.

Не учтены также социальные последствия реализации отдельных положений проекта. В результате повышения оплаты труда только отдельным категориям врачей и среднего медицинского персонала, оплата труда медицинских работников, работающих в одном и том же учреждении здравоохранения, отличается более чем в 2,4 раза.

Проведенный анализ среднемесячной заработной платы работников отрасли здравоохранения по отдельным субъектам Российской Федерации показал, что в регионах среднемесячная заработная плата участковых врачей-терапевтов, участковых врачей-педиатров, врачей общей (семейной) практики в 2,8 раза превышает среднемесячную заработную плату работников отрасли здравоохранения и в 1,6 раза - среднемесячную заработную плату врачей. При этом среднемесячная заработная плата среднего медицинского персонала, работающего с участковыми врачами-терапевтами, участковыми врачами-педиатрами, врачами общей (семейной) практики, в 1,4 раза превышает среднемесячную заработную плату среднего медицинского персонала и в 1,4 раза - среднемесячную заработную плату работников отрасли здравоохранения и составляет более 80 % от среднемесячной заработной платы врачей.

С введением национального проекта так и не была изменена система оплаты труда работников отрасли в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения и не привязана к полученным результатам. Оказывая медицинскую помощь, государственные и муниципальные учреждения пока не стремятся к улучшению показателей здоровья населения, то есть к качественным, а не количественным изменениям в здравоохранении. Ломка старой системы медицинского обеспечения должна происходить одновременно с построением прямой зависимости оплаты труда медицинских работников от предоставления качественных услуг, от результатов их оказания.

Учитывая социальную напряженность, сложившуюся в регионах в результате повышения оплаты труда отдельным категориям медицинских работников, необходимо рассмотреть вопрос о поэтапном повышении заработной платы работникам отрасли здравоохранения до среднего уровня оплаты труда в промышленности.

До настоящего времени не определены источники финансирования в рамках национального проекта дополнительных расходов учреждений здравоохранения муниципальных образований, связанных с увеличением среднего заработка медицинских работников первичного звена для всех случаев, предусмотренных Трудовым кодексом

Российской Федерации (отпуска, командировки, повышение квалификации и т. д.). Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Министерством финансов Российской Федерации даются противоречивые разъяснения по данному вопросу.

Как следствие этого, в регионах в муниципальных учреждениях дополнительные выплаты не включались в расчет среднего заработка медицинским работникам первичного звена при оплате больничных листов. Отпускные выплаты с этих сумм возмещались за счет средств обязательного медицинского страхования. При этом Росфиннадзор считает такие выплаты нецелевым использованием средств.

В результате сохраняются неопределенность в субъектах Российской Федерации в решении данного вопроса и напряженность, связанная с возможным взысканием нецелевого использования средств, направленных на оплату дополнительных расходов, связанных с увеличением среднего заработка.

При организации и проведении централизованных закупок диагностического медицинского оборудования в рамках реализации национального проекта Росздравом допущены серьезные нарушения и недостатки, что оказало негативное влияние на формирование эффективной системы обеспечения учреждений здравоохранения медицинской продукцией.

Были допущены нарушения Федерального закона от 6 мая 1999 года № 97-ФЗ, постановления Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2005 года № 867, касающиеся как условий проведения конкурсов, так и поставок медицинского оборудования. Извещение о проведении конкурса на закупку диагностического оборудования для амбулаторно-поликлинического учреждения не содержали сведений о виде и количестве поставляемых товаров, о требованиях к участникам открытого конкурса, установленных его организатором.

Только 23 % от общей численности членов конкурсной комиссии имели документы, подтверждающие профессиональную переподготовку или повышение квалификации в области организации торгов (конкурсов) на закупку продукции для государственных нужд.

Принимались обращения поставщиков, желающих участвовать в открытом конкурсе на поставку диагностического оборудования, ранее официальной даты публикации извещения о проведении конкурса.

Росздравом не разрабатывалась методика применения балльной системы, определяющая процедуру рассмотрения, сопоставления и оценку неценового критерия, представленных поставщиками заявок на участие в открытом конкурсе на поставку диагностического оборудования и оборудования для неонатального скрининга. Росздравом заключен государственный контракт на поставку диагностического оборудования (фиброколоноскоп) с ЗАО «Медстор», Москва, не принимавшим участия в открытом конкурсе.

Размещаемые в электронном виде заявки субъектов Российской Федерации подвергались неоднократной корректировке в части объемов и видов закупаемого диагностического оборудования, в том числе после подведения итогов конкурса и заключения государственных контрактов. Заявки субъектов Российской Федерации на бумажных носителях утверждены руководителями органов управления здравоохранения субъектов Российской Федерации после заключения государственных контрактов. Количество и виды диагностического оборудования, утвержденные в заявках субъектов Российской Федерации, были доведены до тех объемов закупаемого оборудования, которые предусмотрены в государственных контрактах между Росздравом и поставщиками оборудования.

Как следствие этого, в отдельных регионах не были своевременно подготовлены помещения для установки поступающего диагностического оборудования, не все поставленное оборудование своевременно введено в эксплуатацию.

Отмечаются факты низкой загруженности установленных в 2006 году стационарных маммографов, т. е. неэффективного их использования. Одной из причин низкой загрузки является низкая обращаемость сельского населения. Только в 2007 году в перечень поставляемого в лечебные учреждения муниципальных образований оборудования по ПНП «Здоровье» включены передвижные маммографы.

Кроме того, в результате мониторинга и контрольных мероприятий, проводимых в течение 2006 года Счетной палатой Российской Федерации совместно с контрольно-счетными органами субъектов Российской Федерации, были выявлены и другие недостатки и проблемы, возникающие в субъектах Российской Федерации при реализации приоритетного национального проекта «Здоровье».

Так, установлены факты поставки неукomплектованного оборудования, недопоставки диагностического оборудования, поставки санитарного автотранспорта без учета климатических особенностей и рельефа местности, и, следовательно, иного уровня проходимости, а также иные нарушения.

Отсутствие копий государственных контрактов в субъектах Российской Федерации не позволяло получателям медицинского оборудования проверить комплектность поставленного оборудования, определить сроки ввода в эксплуатацию, сроки обучения кадров, дополнительную потребность в бюджетных средствах, необходимую для доукомплектования поступающего оборудования с целью проведения диагностических исследований на этом оборудовании в полном объеме, а также предусмотреть дополнительные средства на расходные материалы.

Указанные недостатки препятствовали своевременному вводу оборудования в эксплуатацию, и, следовательно, его эффективному использованию.

Например, маммографы поставлены в регионы без проявочной машины (стоимость около 200 тыс. рублей), ее поставка не предусмотрена. В то же время приказом Минздравсоцразвития России от 15 марта 2006 года № 154 для проявки маммографической пленки предписано использование автоматической проявочной машины. Вследствие этого в регионах возникали проблемы с использованием маммографов, об их эффективном использовании можно было говорить только после доукомплектования полученного оборудования за счет средств муниципальных бюджетов, в которых эти средства не были предусмотрены.

К рентгенологическим системам Proteus XR (Китай) не поставлялись дозиметры стоимостью до 200 рублей, на которые также необходимо изыскивать средства местных бюджетов.

Фиброгастроскопы FG-IZ (Япония) поставлены без галогенового источника света (без него эксплуатация невозможна). Гистероскопы (Германия и ООО НПК «Азимут», Россия) поставлены без гистеропомпы или утеромата, без которых также невозможно использование данного оборудования. Муниципальным бюджетам необходимо было изыскивать еще по 140-200 тыс. рублей для приобретения дополнительного оборудования к каждому гистероскопу.

Поставленные в регионы шестиканальные электрокардиографы MAC 1200 ST (General Electric Medical Systems Information Technologies, Германия) не были оснащены программным обеспечением по расшифровке ЭКГ покоя, не укомплектованы программным обеспечением и эргометрами для проведения тестов с физической нагрузкой. Необходимость приобретения оборудования оставлена на усмотрение лечебно-профилактических учреждений.

Данные электрокардиографы не прошли испытания на утверждение типа средств измерений, как этого требует законодательство Российской Федерации. Вследствие этого, они не включены в Госреестр Российской Федерации, не прошли первичную проверку и не имели паспортов.

Не проверены и электрокардиографы других марок (МАС 500, Германия, CARDIOVIT, Швейцария).

В результате, Управлением Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по Воронежской области письмом от 4 сентября 2006 года Главному управлению здравоохранения было запрещено эксплуатировать электрокардиографы до получения ответа от Росздравнадзора.

Также недоукомплектованными поступили в регионы рентгеновские аппараты, фиброгастроскопы. Доукомплектование диагностического оборудования осуществлялось за счет средств местных бюджетов.

После ввода в эксплуатацию часть диагностического оборудования выходила из строя по причине заводского брака. В поставленных машинах скорой медицинской помощи также выявлены различные дефекты и неисправности, были составлены рекламации.

Анализ использования средств по родовым сертификатам показал, что на федеральном уровне не в полном объеме сформирована нормативная база, регулирующая механизм реализации этой части проекта.

Так, федеральным законодательством не учтена оплата по родовым сертификатам труда сотрудников отделений патологии беременных, которые обеспечивают непрерывность процесса беременности и, в конечном итоге, влияют на процесс родоразрешения. Не предусмотрена возможность оплаты за счет родовых сертификатов приобретения медицинского оборудования, ремонтных работ (в том числе для установки вновь приобретаемого по сертификатам оборудования), обучения сотрудников. Структура финансирования лечебных учреждений, даже при использовании дополнительных средств по родовым сертификатам, не перестраивается на достижение конечных результатов.

Органы управления здравоохранением фактически устранились от выработки инициатив по реализации родовых сертификатов в лечебно-профилактических учреждениях. Фактически вопрос разделения денег отдан на откуп главным врачам учреждений, которые при их распределении используют разные методы. Возникающая разница в оплате труда медицинских работников вызывает недовольство среди сотрудников, что не способствует нормальному психологическому климату в коллективе и может вызвать снижение качества оказываемой медицинской помощи.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 20 марта 2006 года № 139 (в редакции постановления Правительства Российской Федерации от 7 июля 2006 года № 417) предусмотрено строительство в 2006 году восьми федеральных центров высоких медицинских технологий за счет государственных капитальных вложений в размере 12600,0 млн. рублей.

Вместе с тем Федеральным агентством по здравоохранению и социальному развитию в 2006 году освоено 3196,5 млн. рублей, или 25,4 % от объема средств, предусмотренных федеральным бюджетом на эти цели.

Необходимо отметить, что значительное поступление диагностического оборудования и строительство центров высоких технологий требуют дополнительного контроля за эффективным использованием медицинского оборудования и оказанием медицинской помощи населению Российской Федерации.

Бюджетное послание Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации «О бюджетной политике в 2008-2010 годах» предусматривает расширение прав бюджетных учреждений в их хозяйственной деятельности.

В этой связи представляется весьма важным предусмотреть при формировании бюджетной политики на 2008-2010 годы новые подходы к финансированию медицинских организаций, реализующих программы обязательного медицинского страхования, обеспечить расчетные данные Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

Следует учитывать и тот факт, что в настоящее время нет четкого законодательного разграничения оказания платной и бесплатной медицинской помощи.

Разграничение полномочий между уровнями власти в части расходных обязательств в социальной сфере, и особенно в сфере здравоохранения, не должно ложиться дополнительным бременем на население.

В среднесрочной перспективе следует ввести в практику финансирование бюджетных учреждений здравоохранения на основе государственных заданий. При этом на I этапе необходимо усилить контроль за выполнением государственных обязательств государственных и муниципальных учреждений и после отработки механизма перейти к расширению прав учреждений по более самостоятельному распоряжению выделенными бюджетными средствами.

2.2. Анализ эффективности реализации мероприятий приоритетного национального проекта «Здоровье» за 2006 год с использованием информационно-аналитических материалов Федеральной службы охраны Российской Федерации на основе отчетов органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации

Приоритетный национальный проект «Здоровье» включает в себя два основных направления²: развитие первичной медико-санитарной помощи, обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью.

По первому направлению определены 11 основных показателей, по второму - один показатель: уровень обеспеченности населения высокотехнологичными видами медицинской помощи, при этом определена цель обеспечить в 2008 году этот уровень до 45 процентов.

По каждому направлению определены мероприятия, отчеты о степени выполнения которых в соответствии с сетевым графиком реализации ПНП «Здоровье» органы исполнительной власти (администрации) субъектов Российской Федерации представляют в автоматизированную систему мониторинга и контроля реализации приоритетных национальных проектов ФСО России.

Проведенный Счетной палатой Российской Федерации (Экспертно-аналитической группой - Центром ситуационного анализа Счетной палаты Российской Федерации и Направлением деятельности по контролю расходов федерального бюджета на здравоохранение, социальную политику и за бюджетами государственных внебюджетных фондов) анализ представленных ФСО России итогов реализации ПНП «Здоровье» в субъектах Российской Федерации в 2006 году позволяет сделать следующие выводы:

1. Уполномоченная Президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по реализации приоритетных национальных проектов ФСО России обеспечивает сбор и первичную обработку отчетов о степени выполнения мероприятий приоритетных на-

² Направления, основные мероприятия и параметры приоритетного национального проекта «Здоровье» утверждены Президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по реализации приоритетных национальных проектов (протокол № 2 от 21 декабря 2005 года).

циональных проектов, представляемых органами исполнительной власти (администрации) субъектов Российской Федерации. При этом оцениваются количественные значения и отклонения от установленных планов по выполнению соответствующих мероприятий в субъектах Российской Федерации. По сути ФСО России проводится финансовый аудит выполнения установленных мероприятий в субъектах Российской Федерации.

2. Проведение финансового аудита мероприятий ПНП «Здоровье», как и мероприятий других ПНП, является необходимым. Однако это только начало решения задач, поставленных высшим политическим руководством перед внутренним и внешним государственным аудитом и контролем приоритетных национальных проектов. ФСО России не проводится анализ степени выполнения установленных показателей реализации проекта, не анализируется степень выполнения поставленных задач и целей, не оцениваются риски невыполнения целей приоритетных национальных проектов и т. д.

Следует констатировать, что органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации не обеспечивают аудит эффективности приоритетных национальных проектов.

3. Результаты социологического опроса показывают, что большинством населения Северо-Западного федерального округа положение дел в отрасли здравоохранения оценивается как плохое (плохое - 52,5 %, удовлетворительное - 34,1 %, хорошее - 2,1 %), (остается без изменений - 44,4 %, ухудшается - 31,9 %, улучшается - 8,1 %). Аналогичная ситуация - по субъектам Южного федерального округа.

2.3. Анализ предварительных результатов реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» за 2006 год с использованием Государственной автоматизированной системы информационного обеспечения управления приоритетных национальных проектов

С помощью Государственной автоматизированной системы информационного обеспечения управления приоритетных национальных проектов (далее - ГАС «Управление») осуществляется в электронном виде сбор сведений о параметрах реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» по установленным формам отчетности:

- Сведения о параметрах реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в Российской Федерации (форма 1-ПФ (здоровье) (ежемесячная, годовая);
- Сведения о параметрах реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в субъекте Российской Федерации (форма 1-ПС (здоровье) (ежемесячная, годовая).

Форма отчетности приведена в таблице:

	Показатели, задачи и основные мероприятия	Единица измерения показателя	Плановое значение	Значение на отчетную дату	Объем финансирования		
					план на 2006 г.	кассовое исполнение	фактическое исполнение
1	2	3	4	5	6	7	8

В указанных формах отчетности приведены 11 показателей для решения задач по повышению доступности и качества медицинской помощи:

- снижение коэффициента совместительства;
- сокращение сроков ожидания диагностических исследований в поликлиниках;
- снижение числа вновь заразившихся ВИЧ-инфекцией;
- снижение заболеваемости гепатитом В;
- снижение заболеваемости краснухой;
- раннее выявление у детей наследственных заболеваний (галактоземия, муковисцидоз и аденогенитальный синдром);
- снижение материнской смертности;
- снижение младенческой смертности;

- снижение частоты обострений и осложнений хронических заболеваний (количество случаев на 1000 хронических больных в год);
- снижение временной нетрудоспособности (количество дней на 100 работающих в год);
- повышение уровня обеспеченности населения высокотехнологичными видами медицинской помощи.

Проведенный анализ показателей в целом по Российской Федерации по электронной форме ГАС «Управление» показал следующее.

1. В форме отчетности (форма 1-ПФ (здоровье), годовая) отсутствуют плановые значения указанных показателей на 2006 год. Вместо предусмотренного в графе 4 планового значения показателя на 2006 год по всем 11 показателям указано их целевое значение к 2008 году. Отсутствие плановых значений контролируемых показателей реализации ПНП «Здоровье» по годам не позволяет:

- оценить степень выполнения показателей;
- минимизировать системные риски на начальной стадии реализации ПНП «Здоровье».

2. Согласно протоколу заседания Президиума Совета при Президенте Российской Федерации по реализации приоритетных национальных проектов от 1 февраля 2006 года № 3 по V вопросу «О результатах контроля за реализацией приоритетных национальных проектов» было принято решение министерствам, ответственным за реализацию приоритетных национальных проектов и, в частности, Минздравсоцразвития России, с участием органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации разработать региональные целевые показатели приоритетных национальных проектов и отразить их в соответствующих соглашениях о реализации приоритетных национальных проектов в срок до 1 марта 2006 года.

Проведенный анализ вышеуказанных показателей по субъектам Российской Федерации, отраженных в электронных формах ГАС «Управление» за 2006 год (форма 1-ПС (здоровье), годовая), показал, что по всем 11 показателям в графе 4 «Плановое значение на 2006 год для субъекта Российской Федерации» целевые региональные показатели отсутствуют. Указанная форма отчетности заполнена не по всем субъектам Российской Федерации.

3. В электронных формах ГАС «Управление» за 2006 год, кроме вышеуказанных форм отчетности, имеется справочная информация по ПНП «Здоровье» по субъектам Российской Федерации, которая включает более 70 показателей.

Однако в числе этих показателей, например, отсутствует показатель объема амбулаторно-поликлинической помощи, норматив которого определен в постановлениях Правительства Российской Федерации «О программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи», и который отражает доступность первичной медицинской помощи.

Указанная форма справочной информации ПНП «Здоровье» заполнена не по всем субъектам Российской Федерации. По многим регионам данные приведены не в полном объеме.

4. Сравнительный анализ данных, приведенных в электронных формах ГАС «Управление» за 2006 год по ПНП «Здоровье» и Росстата, показал на имеющиеся различия между этими данными, на несоответствие их по показателям (суммы не совпадают).

Так, по Республике Дагестан смертность по данным Росстата растет с 5,9 до 6,0, по отчетности ГАС «Управление» - растет с 5,51 до 5,77. Смертность детей до 1 года по данным Росстата растет с 13,6 до 14,7, а по отчетности ГАС «Управление» - убывает с 13,7 до 12,3. По Республике Ингушетия в отчетности по ГАС «Управление» общая смертность лиц в трудоспособном возрасте равна 179, при суммировании

причин смерти лиц в трудоспособном возрасте общая смертность лиц в трудоспособном возрасте составляет 184,3.

5. В предложенном Экспертно-аналитической группой - Центром ситуационного анализа Счетной палаты Российской Федерации визуальном анализе состояния реализации ПНП «Здоровье» за 2006 год в целом по Российской Федерации по всем вышеуказанным 11 показателям видна степень дисбаланса плановых (к 2008 году) и полученных значений показателей.

Так, с одной стороны наблюдается явное невыполнение плановых значений по показателям:

- снижение коэффициента совместительства в учреждениях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь;
- снижение числа вновь заразившихся ВИЧ-инфекцией;
- раннее выявление у детей наследственных заболеваний (галактоземия, муковисцидоз и адреногенитальный синдром).

С другой стороны наблюдается явное перевыполнение плановых значений по показателям:

- снижение материнской смертности;
- снижение младенческой смертности;
- повышение уровня обеспеченности населения высокотехнологичными видами медицинской помощи.

Такая ситуация объясняется, на наш взгляд, несовершенством планирования результатов реализации приоритетного национального проекта «Здоровье».

6. В электронных формах отчетности (форма 1-ПФ (здоровье) и форма 1-ПС (здоровье) кроме вышеуказанных показателей отражены мероприятия ПНП «Здоровье» по направлениям: «Развитие первичной медицинской помощи», «Обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью» по субъектам Российской Федерации и в целом по Российской Федерации.

Визуальный анализ выполнения мероприятий по этим направлениям в целом по Российской Федерации (по данным электронной формы ГАС «Управление») показывает, что степень выполнения плановых значений мероприятий за 2006 год достаточно высокая.

Исключение наблюдается по мероприятию «Организация подготовки медицинских кадров для новых центров высокотехнологичной медицинской помощи», степень выполнения которого составляет всего лишь 49,5 %. Степень выполнения плановых значений за 2006 год по этому мероприятию, которое должно выполняться за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации, крайне низкая по Астраханской области, Краснодарскому и Красноярскому краям.

В качестве объектов для последующего детального анализа и аудита в первую очередь должны рассматриваться разбалансированные значения показателей, задач и мероприятий реализации приоритетных национальных проектов, т. е. должны рассматриваться объекты с результатами, которые не соответствуют плановым заданиям. В данном случае должны рассматриваться объекты с полученными результатами, которые не соответствуют плановым заданиям (Астраханская область, Красноярский край, Краснодарский край).

7. Визуальный анализ выполнения мероприятия «Подготовка участковых врачей, участковых педиатров и врачей общей практики» по направлению «Развитие первичной медицинской помощи» за 2006 год показывает на значительный дисбаланс по субъектам Российской Федерации относительно среднего показателя по Российской Федерации.

Так, в Южном федеральном округе невыполнение плана наблюдается в Ставропольском крае (50 %) и перевыполнение плана в Республике Дагестан (200 %), Чеченской Республике (170 %), Республике Северная Осетия - Алания (160 процентов).

Существует значительный дисбаланс³ в степени выполнения мероприятия «Дополнительная оплата первичной медико-санитарной помощи, оказываемой работающим гражданам» по субъектам Российской Федерации относительно среднего показателя по Российской Федерации. Низкий процент выполнения плана наблюдается в Чеченской Республике (0,6 %), Республике Северная Осетия - Алания (23,6 %), Карачаево-Черкесской Республике (32,5), Курганской области (37,5 %), Магаданской области (40 %), значительное перевыполнение плана - в Ставропольском крае (853,1 %), Республике Татарстан (347,5 %), Ямало-Ненецком АО (230,7 %), Томской области (210,5 %), Амурской области (207,6 %), Оренбургской области (203,7 процента).

Такое разбалансированное состояние свидетельствует о серьезных недостатках в системе планирования мероприятий ПНП «Здоровье», отсутствии должного контроля исполнения, неподготовленности учреждений здравоохранения к эффективному использованию государственных средств.

Выборочный анализ некоторых показателей ПНП «Здоровье» на основе данных электронной системы ГАС «Управление» проведен по 14 регионам (с наибольшей и наименьшей смертностью).

Регион	Смертность населения на 100 тыс. человек		
	2004 г.	2005 г.	2006 г.
Республика Ингушетия	365,90	374,00	375,80
Республика Дагестан	602,00	551,60	577,10
Кабардино-Балкарская Республика	968,30	1010,00	1010,00
Республика Калмыкия	1097,00	1158,10	1133,40
Республика Адыгея	1493,80	1513,40	1509,20
Ставропольский край	1428,10	1435,60	1411,90
Брянская область	1903,00	1978,80	1857,90
Курская область	1943,30	1981,80	2004,80
Ярославская область	1998,20	1982,50	1822,70
Владимирская область	2024,10	2032,10	2000,00
Ленинградская область	2029,30	2035,36	1928,50
Костромская область	2116,20	2091,40	1891,40
Смоленская область	2127,00	2160,00	2092,60
Тульская область	2171,20	2195,50	2088,80
Псковская область	2417,60	2452,60	2353,60

Из таблицы виден большой разброс показателей смертности по регионам. Общей характерной чертой для большинства из выбранных регионов является увеличение смертности в 2005 году по сравнению с 2004 годом и снижение смертности в 2006 году по сравнению с 2005 годом. При этом в 5 из 14 регионов уровень смертности в 2006 году выше, чем в 2004 году.

Проведенный анализ тенденций изменения смертности населения в вышеуказанных субъектах Российской Федерации, смертности населения в трудоспособном возрасте, в том числе по трем основным причинам, в период 2005-2006 годов показывает, что можно выделить два типа регионов - регионы, в которых наблюдается общая тенденция

³ Информационно-аналитические материалы Федеральной службы охраны Российской Федерации по реализации приоритетных национальных проектов в 2006 году, отчеты органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации о реализации приоритетных национальных проектов в 2006 году.

снижения всех трех показателей, и регионы, в которых наблюдается разнонаправленность тенденций изменения показателей. В таких регионах анализ причин подобного изменения демографической ситуации требует особого изучения.

Проведенный анализ изменения коэффициента совместительства в учреждениях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, по категориям медицинских работников, всех работающих в здравоохранении, врачей, участковых врачей, врачей общей практики, среднего медперсонала, участковых медицинских сестер показывает, что общей картины снижения коэффициента совместительства не наблюдается. Более того, по ряду категорий медицинских работников наблюдается увеличение коэффициента совместительства. В некоторых регионах уменьшение коэффициента совместительства одних категорий медицинских работников сопряжено с увеличением коэффициента совместительства других, что, по-видимому, обусловлено «перемещением» кадров в условиях их ограниченного количества. Существенного роста числа медицинских работников не наблюдается. Можно сделать вывод:

- повышение привлекательности участковых медицинских работников приводит к переходу персонала в эти категории, что и является причиной снижения коэффициента совместительства по этим категориям;
- поставленная в системе ПНП «Здоровье» задача снижения коэффициента совместительства не может быть решена без существенного притока кадров.

3. Стратегический аудит приоритетного национального проекта «Здоровье»

3.1. Анализ существующей системы целей, целевых показателей и мероприятий по реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» с точки зрения стратегического аудита

Анализ состояния реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» за 2006 год с применением ГАС «Управление» позволяет вскрывать принципиальные недостатки, которые говорят о низкой эффективности отдельных мероприятий реализации ПНП «Здоровье».

Даже если бы ПНП «Здоровье» реализовывался эффективно, необходимо, с точки зрения системного подхода, проведение стратегического аудита. Ключевым звеном реализации ПНП «Здоровье», с точки зрения стратегического аудита, является анализ целей и показателей их достижения.

Анализ существующей системы целей, показателей и мероприятий по реализации приоритетного национального проекта «Здоровье», с точки зрения стратегического аудита, показывает наличие системных недостатков, которые были допущены на этапе планирования и подготовки ПНП «Здоровье».

Анализ основных нормативных документов по подготовке и реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» показывает, что система целевых показателей хода реализации проекта в полном объеме не отработана, отсутствует единый программно-целевой подход к определению целей, направлений, показателей и задач реализации ПНП «Здоровье». Отсутствует четкая классификация целей (дерево целей) ПНП «Здоровье».

Отсутствие единого подхода к определению целей, направлений, показателей и задач реализации ПНП «Здоровье» порождает большое количество недостатков системного уровня, среди которых можно выделить основные:

1. В структуре показателей ПНП «Здоровье» нарушаются базовые принципы классификации представленных показателей (по основанию классификации, уровню обобщения и т. д.), отсутствует системность предоставления рассмотренных показателей.

С учетом сложившейся ситуации вывод очевиден: нужна система целей (дерево целей) и система сбалансированных ключевых показателей достижения целей ПНП «Здоровье», из которых ни первой, ни второй нет по определению.

2. В рассматриваемых документах отсутствует четкое определение взаимосвязей целей, показателей, мероприятий и ответственности по реализации приоритетного национального ПНП «Здоровье». Это приводит к ряду недостатков в информационно-аналитических материалах субъектов Российской Федерации о реализации приоритетных национальных проектов, в частности:

- наблюдается несогласованность с показателями и мероприятиями ПНП «Здоровье»;
- в предоставляемых информационно-аналитических материалах субъектов Российской Федерации о реализации приоритетных национальных проектов отсутствуют оценка и анализ состояния дел по выполнению ряда показателей, определенных в рассмотренном выше перечне основных показателей⁴. На наш взгляд, таких недостатков можно было бы избежать путем четкого определения взаимосвязей целей (задач), показателей, мероприятий и ответственности по реализации приоритетных национальных проектов.

3. Отсутствие системы целей и целевых показателей хода реализации проекта не позволяют организовать контроль как реализуемости проекта по схеме «Цель - затраты - результат» в полном объеме, так и эффективный мониторинг и государственный аудит хода реализации проекта.

3.2. Сравнительный анализ системы целей приоритетного национального проекта «Здоровье» и системы целей Правительства Российской Федерации в области здравоохранения

Для проведения сравнительного анализа системы целей приоритетного национального проекта «Здоровье» и системы целей Правительства Российской Федерации использованы:

- система целей приоритетного национального проекта «Здоровье» («Сведения о параметрах реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в субъекте Российской Федерации» (форма 1-ПС, форма 1-ПФ (здоровье), годовые), включающая 11 показателей;

- система целей и показателей деятельности Правительства Российской Федерации (проект сводного доклада о результатах и основных направлениях деятельности Правительства Российской Федерации на 2006-2008 годы), включающая около 400 показателей.

Из общего количества целей и показателей деятельности Правительства Российской Федерации для проведения сравнительного анализа выбраны цели и показатели, касающиеся сферы здравоохранения (27 показателей).

Система целей и показателей деятельности Правительства Российской Федерации распределена на три уровня целей, по каждой из которых установлены основные и дополнительно рекомендуемые показатели.

Соотношение показателей системы целей ПНП «Здоровье» и системы целей Правительства Российской Федерации (третьего уровня) в рамках стратегической

⁴ Направления, основные мероприятия и параметры приоритетного национального проекта «Здоровье», утвержденные Президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по реализации приоритетных национальных проектов (протокол № 2 от 21 декабря 2005 года).

цели «Повышение уровня здоровья и безопасности условий жизни населения»⁵ (второго уровня) приведено в таблице:

Цели Правительства Российской Федерации 1, 2 и 3 уровней	Показатели достижения целей	Наличие показателей в системе целей	
		доклад Правительства Российской Федерации	приоритетный национальный проект «Здоровье»
1. Повышение уровня и качества жизни населения (1 уровень)			
1.2. Повышение уровня здоровья и безопасности условий жизни населения (2 уровень)			
1.2.1. Повышение качества и доступности медицинской помощи и лекарственного обеспечения (3 уровень)	пункт 1.2.1.1. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Да	Нет
	пункт 1.2.1.2. Материнская смертность на 100 тыс. родившихся живыми	Да	Да пункт 1.8.1
	пункт 1.2.1.3. Детская смертность, от рождения до 4 лет на 1000 родившихся живыми	Да	Да пункт 1.8.2
	пункт 1.2.1.4. Средний срок ожидания высокотехнологичной медицинской помощи	Да	Да пункт 2.1.1
	пункт 1.2.1.5. Смертность в местах лишения свободы	Да	Нет
	пункт 1.2.1.6. Запущенность онкологической патологии	Да	Нет
	пункт 1.2.1.7. Уровень удовлетворенности спроса на лекарственные средства по категориям граждан, подлежащих социальной защите в соответствии с законодательством Российской Федерации	Да	Нет
	пункт 1.2.1.8. Количество лиц, воспользовавшихся правом на обеспечение лекарственными средствами на 1000 человек, имеющих право на предоставление государственной помощи в виде набора социальных услуг	Да	Нет
	пункт 1.2.1.9. Смертность населения в трудоспособном возрасте	Да	Нет
	пункт 1.2.1.10. Оценка населением качества медицинского обслуживания (социологические исследования)	Да	Да, по отдельной программе
	пункт 1.2.1.11. Среднее время получения скорой медицинской помощи	Да	Нет
	пункт 1.2.1.12. Средняя продолжительность временной нетрудоспособности	Да	Нет
	пункт 1.2.1.13. Количество пострадавших от употребления некачественных и фальсифицированных лекарственных препаратов	Да	Нет
	пункт 1.2.1.14. Срок ожидания консультаций специалиста (в поликлинике /в консультативном центре)	Да	Да пункт 1.3.1
1.2.3. Предупреждение заболеваний и других угрожающих жизни и здоровью состояний (снижение ущерба жизни и здоровью населения от злоупотреблений и пренебрежения жизнью и здоровьем) (3 уровень)	пункт 1.2.3.1. Доля посещений к врачам, сделанных с профилактической целью	Да	Нет
	пункт 1.2.3.2. Охват населения прививками против гриппа	Да	Нет
	пункт 1.2.3.3. Контингент населения, страдающих синдромом зависимости от алкоголя, на 100 тыс. человек	Да	Нет
	пункт 1.2.3.4. Заболеваемость активным туберкулезом: число больных с впервые в жизни установленным диагнозом на 100 тыс. человек	Да	Нет
	пункт 1.2.3.5. Уровень инфекционной заболеваемости: число случаев на 100 тыс. человек	Да	Нет

⁵ Проект Сводного доклада о результатах и основных направлениях деятельности Правительства Российской Федерации на 2006-2008 годы.

Цели Правительства Российской Федерации 1, 2 и 3 уровней	Показатели достижения целей	Наличие показателей в системе целей	
		доклад Правительства Российской Федерации	приоритетный национальный проект «Здоровье»
	пункт 1.2.3.6. Контингенты больных, страдающих синдромом зависимости от наркотических веществ: число больных, состоящих на учете на конец отчетного года на 100 тыс. человек	Да	Нет
	пункт 1.2.3.7. Количество инфекций человека, вызванных использованием недоброкачественного сырья животного происхождения в продуктах питания: количество пострадавших	Да	Нет
	пункт 1.2.3.8. Удельный вес объектов, относящихся к третьей группе санэпидблагополучия, по отношению к общему их количеству	Да	Нет
	пункт 1.2.3.9. Смертность населения в трудоспособном возрасте от несчастных случаев, отравлений и травм на 100 тыс. человек	Да	Нет
	пункт 1.2.3.10. Заболеваемость ВИЧ-инфекцией на 100 тыс. человек	Да	Да пункт 1.5.1
	пункт 1.2.3.11. Доля курящего населения	Да	Нет
	пункт 1.2.3.12. Удельный вес населения, систематически занимающегося физической культурой и спортом	Да	Нет
	пункт 1.2.3.13. Количество пострадавших от несчастных случаев на производстве	Да	Нет
	Уровень (степень) заболеваемости - ликвидация врожденной краснухи; раннее выявление наследственных болезней не менее чем у 250 детей	Нет	Да пункт 1.7.1
	Уровень (степень) заболеваемости - гепатитом В, краснухой, гриппом в период эпидемии и снижение выраженности его проявления у заболевших	Нет	Да пункт 1.6.1
	Уровень квалификации врачей участковой службы	Нет	Да пункт 1.1.1
	Коэффициент совместительства в учреждениях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь	Нет	Да пункт 1.2.1
	Частота обострений и осложнений хронических заболеваний	Нет	Да пункт 1.9.1
	Снижение временной нетрудоспособности	Нет	Да пункт 1.9.2
	Степень (уровень) обновления парка санитарного автотранспорта службы скорой медицинской помощи	Нет	Да пункт 1.4.1

Сравнительный анализ показателей достижения целей Правительства Российской Федерации и ПНП «Здоровье» показывает: Система (перечень, содержание) показателей выполнения и хода реализации ПНП «Здоровье» не согласована с показателями достижения целей третьего уровня системы целей Правительства Российской Федерации (пункты 1.2.1, 1.2.3) как по структуре, так и по содержанию и составу.

В структуре показателей ПНП «Здоровье», а также на уровне показателей достижения целей третьего уровня системы целей Правительства Российской Федерации (пункты 1.2.1, 1.2.3) нарушаются базовые принципы классификации представленной системы показателей, следовательно, отсутствует системность представления рассмотренных показателей.

Для оценки уровня реализации целей третьего уровня «Повышение качества и доступности медицинской помощи и лекарственного обеспечения» (пункт 1.2.1) не используются показатели, рекомендуемые ВОЗ («Уровень расходов на здравоохранение в процентах от ВВП», а также «Расходы на здравоохранение на душу населения»), не включены показатели объемов медицинской помощи в рамках программы госгарантий с учетом установленных Правительством Российской Федерации нормативов.

В системе целей ПНП «Здоровье» отсутствуют многие важные показатели системы целей Правительства Российской Федерации:

- запущенность онкологической патологии (пункт 1.2.1.6);
- смертность населения в трудоспособном возрасте (пункт 1.2.1.9);
- доля посещений к врачам, сделанных с профилактической целью (пункт 1.2.3.1);
- охват населения прививками против гриппа (пункт 1.2.3.2);
- заболеваемость активным туберкулезом: число больных с впервые в жизни установленным диагнозом на 100 тыс. человек (пункт 1.2.3.4);
- уровень инфекционной заболеваемости: число случаев на 100 тыс. человек (пункт 1.2.3.5).

С учетом указанных недостатков, по возможности не нарушая принятую Правительством Российской Федерации систему целей, целесообразно провести коррекцию по структуре и составу показателей достижения целей второго и третьего уровней, в том числе по целям в сфере здравоохранения (пункты 1.2.1, 1.2.3).

Выводы

В аналитической записке в рамках стратегического аудита проанализированы предварительные результаты реализации ПНП «Здоровье» за 2006 год, а также основные проблемы, возникшие в ходе его реализации. В процессе анализа использованы данные государственной автоматизированной системы информационного обеспечения управления приоритетных национальных проектов. Проведенный анализ позволяет сосредоточить внимание на минимизации системных рисков на последующих этапах реализации ПНП «Здоровье» в 2007-2008 годах.

Проведенный анализ проблем и недостатков реализации ПНП «Здоровье» показал исключительную важность переноса центра тяжести планов с финансового контроля на аудит эффективности использования затрат (ресурсов) выполнения ПНП «Здоровье».

1. Анализ медико-демографической ситуации показывает, что для России уже давно пройдена граничная точка баланса изменения состояния населения, и в настоящее время для нее характерно устойчивое состояние убыли населения.

1.1. По данным ВОЗ, 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 в период с 2005 по 2015 год потерей 4 млн. жизней российских граждан и национального дохода в размере 300 млрд. долларов.

Потери определяются ростом смертности от тех причин, от которых люди при современных возможностях здравоохранения не должны были бы умирать.

1.2. В связи со вступлением в пенсионный возраст многочисленного контингента лиц, родившихся в послевоенные годы, усилится процесс демографического старения населения. Увеличится преобладание лиц пенсионных возрастов над численностью детей и подростков до 16 лет: с 5,1 млн. человек на 1 января 2005 года до 7,9 млн. человек на начало 2015 года. Прогнозируемые изменения в возрастном составе могут негативным образом отразиться на рынке труда и увеличить нагрузку на социальную сферу.

1.3. Как следствие неблагоприятной социально-демографической ситуации растет потребность в медицинской помощи. Растет удельный вес запущенных заболеваний, лечение которых требует значительных затрат.

2. Анализ эффективности реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» показывает, что одновременно с ростом ресурсных возможностей падает эффективность распоряжения ими органами государственного управления всех уровней,

в том числе и в сфере здравоохранения, и, по мнению большинства экспертов, одна из ключевых причин этого - неразвитость проектного управления.

2.1. Следует отметить отсутствие экономических расчетов и обоснований его отдельных положений при определении объема средств на реализацию поставленных целей, оценки рисков для реализации программы.

2.2. При определении объема средств на реализацию поставленных целей не выработаны четкие критерии и методики определения эффективности решения поставленных задач. Отсутствуют показатели оценки ожидаемой эффективности расходов федерального бюджета, показатели достижения социального эффекта реализации национального проекта, что противоречит новой системе бюджетирования, ориентированной на результат.

2.3. Не были своевременно разработаны механизмы реализации отдельных положений приоритетного национального проекта, нескоординированы федеральные нормативные правовые акты, регламентирующие реализацию и порядок расходования финансовых средств, поступивших в субъекты Российской Федерации из федерального бюджета на реализацию ряда основных направлений приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения.

2.4. Принятые порядки проведения всех видов диспансеризации свидетельствуют о крайне несовершенных механизмах реализации мероприятий по диспансеризации работающих граждан, начиная от нелогичного раздробления финансовых потоков, поступающих в итоге в одни и те же медицинские учреждения, и до непродуктивного использования времени медицинских работников на заполнение многочисленных форм отчетности.

Ситуация значительно усугубляется тем обстоятельством, что при этом не пересмотрены нормы нагрузки на медицинский персонал и не произведена увязка между дополнительной нагрузкой, с учетом реализации основных направлений приоритетного национального проекта, и установленными нормативами.

2.5. Положительная тенденция укрепления кадрового потенциала амбулаторно-поликлинических учреждений, повышения уровня заработной платы участковых врачей и участковых медицинских сестер никак не коррелирует с качественными показателями здоровья людей, качеством предоставляемых населению медицинских услуг.

2.6. Не учтены также социальные последствия реализации отдельных положений проекта. В частности, в результате повышения оплаты труда только отдельным категориям врачей и среднего медицинского персонала оплата труда медицинских работников, работающих в одном и том же учреждении здравоохранения, отличается более чем в 2 раза.

2.7. До настоящего времени не урегулированы вопросы по источникам финансирования в рамках национального проекта дополнительных расходов учреждений здравоохранения муниципальных образований, связанных с увеличением среднего заработка медицинских работников первичного звена для всех случаев, предусмотренных Трудовым кодексом Российской Федерации (отпуска, командировки, повышение квалификации и т. д.).

В результате сохраняются неопределенность в субъектах Российской Федерации в решении данного вопроса и напряженность, связанная с возможным взысканием нецелевого использования средств, направленных на оплату дополнительных расходов, связанных с увеличением среднего заработка.

2.8. При организации и проведении централизованных закупок диагностического медицинского оборудования в рамках реализации приоритетного национального проекта допущены серьезные нарушения и недостатки, что оказало негативное влияние на

формирование эффективной системы обеспечения учреждений здравоохранения медицинской продукцией.

Заявки субъектов Российской Федерации подвергались неоднократной корректировке в части объемов и видов закупаемого диагностического оборудования, в том числе после подведения итогов конкурса и заключения государственных контрактов.

Установлены факты поставки неукомплектованного оборудования, поставки санитарного автотранспорта без учета климатических особенностей и рельефа местности.

2.9. Отсутствие копий государственных контрактов в субъектах Российской Федерации не позволяло получателям медицинского оборудования проверить комплектность поставленного оборудования, определить сроки ввода в эксплуатацию, сроки обучения кадров, определить дополнительную потребность в бюджетных средствах, необходимую для доукомплектования поступающего оборудования с целью проведения диагностических исследований на этом оборудовании в полном объеме, а также предусмотреть дополнительные средства на расходные материалы.

Доукомплектование диагностического оборудования, а также обеспечение расходными материалами требовало значительных средств и осуществлялось за счет средств местных бюджетов.

Указанные недостатки препятствовали своевременному вводу оборудования в эксплуатацию и, следовательно, его эффективному использованию.

2.10. Отмечаются факты низкой загруженности установленных в 2006 году стационарных маммографов. Только в 2007 году в перечень поставляемого в лечебные учреждения муниципальных образований оборудования по ПНП «Здоровье» включены передвижные маммографы.

2.11. На федеральном уровне не в полном объеме сформирована нормативная база, регулирующая механизм реализации проекта в части родовых сертификатов.

2.12. Из предусмотренных в 2006 году на строительство восьми федеральных центров высоких медицинских технологий за счет государственных капитальных вложений в сумме 12600,0 млн. рублей освоено только 3196,5 млн. рублей, или 25,4 процента.

2.13. Необходимо отметить, что значительное поступление диагностического оборудования и строительство центров высоких технологий требуют дополнительного контроля за эффективным использованием медицинского оборудования и оказанием медицинской помощи населению Российской Федерации.

Бюджетное послание Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации «О бюджетной политике в 2008-2010 годах» предусматривает расширение прав бюджетных учреждений в их хозяйственной деятельности.

В этой связи представляется весьма важным предусмотреть при формировании бюджетной политики на 2008-2010 годы новые подходы к финансированию медицинских организаций, реализующих программы обязательного медицинского страхования, обеспечить расчетные данные программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

Следует учитывать и тот факт, что в настоящее время нет четкого законодательного разграничения оказания платной и бесплатной медицинской помощи.

Разграничение полномочий между уровнями власти и соответствующими расходными обязательствами в социальной сфере, и особенно в сфере здравоохранения, не должно ложиться дополнительным бременем на население.

В среднесрочной перспективе следует ввести в практику финансирование бюджетных учреждений здравоохранения на основе государственных заданий. При этом на первом этапе необходимо усилить контроль по выполнению государственных обязательств государственных и муниципальных учреждений и после отработки механизма

перейти к расширению прав учреждений по более самостоятельному распоряжению выделенными бюджетными средствами.

3. Анализ предварительных результатов реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» за 2006 год с использованием Государственной автоматизированной системы информационного обеспечения управления приоритетных национальных проектов показал следующее.

3.1. Отсутствуют плановые значения контролируемых показателей задачи «Повышение доступности и качества медицинской помощи» ПНП «Здоровье» на 2006 год. Вместо предусмотренного планового значения показателя на 2006 год по всем 11 показателям указано их целевое значение к 2008 году. Отсутствие плановых значений контролируемых показателей реализации ПНП «Здоровье» по годам не позволяет:

- оценить степень выполнения показателей;
- минимизировать системные риски на начальной стадии реализации ПНП «Здоровье».

3.2. Отмечаются имеющиеся различия между данными Росстата и отчетности ГАС «Управление», а также несоответствие данных по показателям; формы отчетности и справочной информации по ГАС «Управление» заполнены не по всем субъектам Российской Федерации.

3.3. Визуальный анализ состояния реализации ПНП «Здоровье» за 2006 год по всем 11 показателям задачи «Повышение доступности и качества медицинской помощи» (с применением цветокодовой матрицы-диаграммы) позволяет увидеть и оценить степень дисбаланса плановых (к 2008 году) и итоговых значений показателей за 2006 год.

3.4. Значительная (почти 100 %) степень дисбаланса ряда показателей ПНП «Здоровье» за 2006 год объясняется, на наш взгляд, несовершенством планирования результатов реализации приоритетного национального проекта «Здоровье».

3.5. В качестве объектов для последующего детального анализа и аудита в первую очередь должны рассматриваться разбалансированные значения показателей, задач и мероприятий реализации приоритетных национальных проектов, т. е. должны рассматриваться объекты с результатами, которые не соответствуют плановым заданиям.

4. Проведенный стратегический аудит по реализации ПНП «Здоровье» позволяет сделать следующие выводы:

4.1. С учетом фактора плотности населения на занимаемой территории медико-демографическое состояние России крайне тревожное, характерное известными рисками потери суверенитета.

4.2. Система целевых показателей ПНП «Здоровье» в полном объеме не отработана. Отсутствие единого программно-целевого подхода к определению целей, направлений, показателей и задач реализации ПНП «Здоровье» порождает большое количество недостатков системного уровня, что позволяет сделать вывод о крайне слабой проработке вопросов реализации ПНП на этапах текущего и среднесрочного планирования.

Более того, недостаточное уделение внимания стратегическому планированию на этапе проработки вопросов реализации проекта привело к тому, что предложенный перечень показателей выполнения и хода реализации ПНП «Здоровье» не согласован с показателями достижения целей третьего уровня (пункты 1.2.1, 1.2.3) системы целей Правительства Российской Федерации как по структуре, так и по содержанию и составу.

4.3. Несогласованность параметров и мероприятий реализации ПНП «Здоровье» проявляется и в наличии дисбаланса параметров выполнения отдельных мероприятий как на уровне федеральных округов, так и на уровне субъектов Российской Федерации. С одной стороны, отмечается неудовлетворительно низкий процент выполнения плана мероприятий, с другой стороны, - отдельные всплески сверхвыполнений плана (до 909 %). Такое разбалансированное состояние свидетельствует о серьезных недос-

татах в системе планирования ПНП «Здоровье», отсутствии должного контроля исполнения, неподготовленности учреждений здравоохранения к эффективному использованию средств рассматриваемого проекта.

4.4. Отсутствие системного подхода по рассматриваемому вопросу проявляется также и в отсутствии четкой классификации целей (дерево целей) и системы сбалансированных ключевых показателей достижения целей ПНП «Здоровье».

4.5. Проведенный анализ с позиций стратегического аудита по первому этапу (2006 год) реализации ПНП «Здоровье» показал, что минимизировать системные риски на стадии принятия планов по реализации ПНП «Здоровье» не удалось. В дальнейшем необходимо сосредоточить внимание на минимизации системных рисков на последующих этапах реализации ПНП «Здоровье» в 2007-2008 годах.

4.6. Отсутствие дерева целей и системы сбалансированных целевых показателей ПНП «Здоровье» не позволяет организовать контроль как реализуемости проекта по схеме «Цель - затраты - результат» в полном объеме, так и государственный аудит хода его реализации.

4.7. Выход из рассматриваемой ситуации, по мнению Счетной палаты Российской Федерации, в первую очередь видится в проведении четкой классификации целей (построение дерева целей) приоритетных национальных проектов с учетом стратегических целей, определенных в программных документах Президента Российской Федерации и Правительства Российской Федерации. Такая классификация целей (дерево целей) приоритетных национальных проектов в настоящее время разрабатывается Экспертно-аналитической группой - Центром ситуационного анализа Счетной палаты Российской Федерации и планируется к использованию в Государственной информационно-аналитической системе контрольно-счетных органов Российской Федерации.

5. Учитывая актуальность реализации ПНП «Здоровье» на среднесрочную перспективу, а также необходимость проведения в дальнейшем сравнительного анализа показателей за 2005 и 2006 годы в целом по Российской Федерации с учетом данных Росстата, в настоящее время отсутствующих, целесообразно продолжить указанную работу с применением информационной базы данных ГАС «Управление».

Предложения

Направить сводную аналитическую записку в Совет Федерации Федерального Собрания Российской Федерации, Государственную Думу Федерального Собрания Российской Федерации, Первому заместителю Председателя Правительства Российской Федерации Д. А. Медведеву, полномочным представителям Президента Российской Федерации в федеральных округах, помощнику Президента Российской Федерации - начальнику Контрольного управления Президента Российской Федерации А. Д. Беглову, ГАС «Управление».

**Аудитор Счетной палаты
Российской Федерации**

С. А. АГАПЦОВ