

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»**

О. А. Кульпанович, А. С. Кривицкая



**БЮДЖЕТИРОВАНИЕ, ОРИЕНТИРОВАННОЕ НА РЕЗУЛЬТАТ
И КЛИНИКО-ЗАТРАТНЫЕ ГРУППЫ КАК ИНСТРУМЕНТ
ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ СИСТЕМЫ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Минск, БелМАПО
2023

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»**

Кафедра финансового менеджмента и информатизации здравоохранения

О. А. Кульпанович, А. С. Кривицкая

**БЮДЖЕТИРОВАНИЕ, ОРИЕНТИРОВАННОЕ НА РЕЗУЛЬТАТ
И КЛИНИКО-ЗАТРАТНЫЕ ГРУППЫ КАК ИНСТРУМЕНТ
ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ СИСТЕМЫ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Учебно-методическое пособие

Рекомендовано учебно-методическим объединением
в сфере дополнительного образования взрослых
по профилю образования «Здравоохранение»

Минск, БелМАПО
2023

УДК 614.2:336.14(075.9)

ББК 65.495я78

К 90

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия
НМС Государственного учреждения образования
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»
протокол № 10 от 28.11.2022

Авторы:

Кульпанович О.А., заведующий кафедрой финансового менеджмента и информатизации здравоохранения БелМАПО, кандидат медицинских наук, доцент

Кривицкая А.С., руководитель проекта Фонда ООН в области народонаселения (ЮНФПА) в Беларуси, магистр экономики

Рецензенты:

Малахова И.В., ученый секретарь ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», к.м.н., доцент

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Кульпанович О.А.

К 90 Бюджетирование, ориентированное на результат и клиничко-затратные группы как инструмент повышения эффективности системы здравоохранения: учеб.-метод. пособие / О.А. Кульпанович, А.С. Кривицкая. – Минск : БелМАПО, 2023. - 94 с.

ISBN 978-985-584-823-4

Рассматриваются организационно-методические основы бюджетирования, ориентированного на результат. Особое внимание уделено вопросам финансирования ОЗ на основе модели клиничко-затратных групп. Содержит основные законодательно-нормативные акты.

Целевая аудитория учебно-методического пособия - руководители организаций здравоохранения, их заместители, руководители структурных подразделений.

УДК 614.2:336.14(075.9)

ББК 65.495я78

ISBN 978-985-584-823-4

© Кульпанович О.А., Кривицкая А.С., 2023

© Оформление БелМАПО, 2023

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|---|----|
| Сокращения | 4 |
| Глоссарий | 5 |
| Введение | 8 |
| Финансирование здравоохранения для повышения эффективности государственных расходов и качества медицинской помощи, а также достижение ЦУР. Подход «Здоровье для всех» | 10 |
| Сущность БОР, отличие от традиционного бюджетирования | 15 |
| БОР как система организации бюджетного процесса, при которой планирование расходов и их исполнение взаимосвязаны с результатами | 23 |
| Международный опыт внедрения БОР | 28 |
| Система показателей, используемых при БОР | 36 |
| Предпосылки внедрения БОР в Беларуси. Программно-целевой метод бюджетного планирования | 47 |
| Клинико-затратные группы как один из инструментов внедрения БОР. Планирование расходов бюджета здравоохранения по системе КЗГ | 57 |
| Цели внедрения системы планирования расходов бюджета здравоохранения по модели КЗГ, преимущества и риски, перспектива. Опыт оплаты по КЗГ в зарубежных странах | 62 |
| Показатели здоровья, имеющие гендерную специфику. Гендерные последствия бюджетных решений. Соблюдение принципов гендерного равенства | 75 |
| Список рекомендуемых источников | 91 |

СОКРАЩЕНИЯ

| | | |
|---------|---|---|
| АПО | — | амбулаторно-поликлиническая организация |
| БелМАПО | — | Белорусская медицинская академия последипломного образования |
| БК | — | Бюджетная классификация |
| БОР | — | бюджетирование, ориентированное на результат |
| ВОЗ | — | Всемирная организация здравоохранения |
| ГБ | — | государственный бюджет |
| ГМСС | — | Государственные минимальные социальные стандарты |
| ЗОЖ | — | здоровый образ жизни |
| КМП | — | качество медицинской помощи |
| КЗГ | — | клинико-затратные группы |
| КСГ | — | клинико-статистические группы |
| МЗ РБ | — | Министерство здравоохранения Республики Беларусь |
| МКР | — | Модель конечных результатов |
| МСФО | — | Международные стандарты финансовой отчетности |
| ОЗ | — | организация здравоохранения |
| ООН | — | Организация Объединенных Наций |
| ОФ, ОС | — | основные фонды (средства) |
| ПМСП | — | первичная медико-санитарная помощь |
| ПЦМ | — | программно-целевой метод |
| ПЭО | — | планово-экономический отдел |
| СМИ | — | средства массовой информации |
| ТМЦ | — | товарно-материальные ценности |
| ЦУР | — | Цели устойчивого развития |
| ЮНФПА | — | Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения |

ГЛОССАРИЙ

Активы - имущество, возникшее в организации в результате совершенных хозяйственных операций, от которого организация предполагает получение экономических выгод;



Бухгалтерский учет - система непрерывного формирования информации в стоимостном выражении об активах, обязательствах, о собственном капитале, доходах, расходах организации посредством документирования, инвентаризации, учетной оценки, двойной записи на счетах бухгалтерского учета, обобщения в отчетности;

Бюджетирование, ориентированное на результат - система формирования бюджета, отражающая взаимосвязь между бюджетными расходами и результатами;

Доходы - увеличение экономических выгод в результате увеличения активов или уменьшения обязательств, ведущее к увеличению собственного капитала организации, не связанному с вкладами собственника имущества (учредителей, участников) организации;

Клинико-затратные группы – система стоимостных классификаций схожих групп заболеваний, с помощью которой больничная организация рассчитывает, сколько средств ей необходимо, чтобы обеспечить полное и качественное выполнение взятых на себя обязательств по лечению запланированного числа случаев того или иного заболевания;

Медицинская услуга – медицинское вмешательство либо комплекс медицинских вмешательств, а также иные действия, выполняемые при оказании медицинской помощи;

Медицинский работник – физическое лицо, имеющее высшее или среднее специальное медицинское образование, подтвержденное документом об образовании, и в установленном законодательством порядке занимающееся деятельностью, связанной с организацией и оказанием медицинской помощи, обеспечением санитарно-эпидемиологического благополучия населения, проведением медицинских экспертиз;

Медицинское страхование — форма страхования здоровья человека, которая покрывает часть расходов, вызванных страховым случаем, консультацией с врачом или иные расходы на медицинские услуги посредством регулярного совместного вложения средств в общий фонд;

Национальный стандарт бухгалтерского учета и отчетности - нормативный правовой акт, определяющий правила

бухгалтерского учета активов, обязательств, собственного капитала, доходов, расходов организации и (или) раскрытия информации в отчетности;

Обязательства - задолженность организации, возникшая в результате совершенных хозяйственных операций, погашение которой приведет к уменьшению активов или увеличению собственного капитала организации;

Организация здравоохранения – юридическое лицо, основным видом деятельности которого является осуществление медицинской и (или) фармацевтической деятельности;

Отчетность - система стоимостных показателей об активах, обязательствах, о собственном капитале, доходах, расходах организации, а также иная информация, отражающая финансовое положение организации на отчетную дату, финансовые результаты деятельности и изменения финансового положения организации за отчетный период;

Отчетность - бухгалтерская отчетность, статистическая отчетность, отчет о результатах деятельности и использования имущества;

Отчетный период - период, за который составляется отчетность;

Первичный учетный документ - документ, на основании которого хозяйственная операция отражается на счетах бухгалтерского учета;

План счетов бухгалтерского учета - систематизированный перечень счетов бухгалтерского учета;

Пользователи - собственник имущества (учредители, участники) организации, инвесторы, кредиторы, государственные органы, иные лица, заинтересованные в содержащейся в отчетности организации информации;

Расходы - уменьшение экономических выгод в результате уменьшения активов или увеличения обязательств, ведущее к уменьшению собственного капитала организации, не связанному с его передачей собственнику имущества организации, распределением между учредителями (участниками) организации;

Регистр бухгалтерского учета - документ, в котором производятся регистрация, накопление и систематизация учетной информации, содержащейся в первичных учетных документах, в натуральных и стоимостных показателях или в стоимостных показателях;

Собственный капитал - активы организации за вычетом ее обязательств;

Учетная политика - совокупность способов организации и ведения бухгалтерского учета, принятая организацией;

Хозяйственная операция - действие или событие, подлежащие отражению организацией в бухгалтерском учете и приводящие к изменению ее активов, обязательств, собственного капитала, доходов, расходов.



ВВЕДЕНИЕ

Одними из наиболее популярных в последние десятилетия управленческих концепций выступают управление и бюджетирование, ориентированные на результат. Под бюджетированием в управленческом учете понимается процесс планирования. Соответственно бюджет – это план.

Технология бюджетирования, ориентированного на результат (далее БОР), возникла в 60-е годы прошлого века. В 90-е годы она стала внедряться в большинстве стран мира. В настоящее время БОР является широко востребованным методом планирования общественных расходов и с успехом используется в большинстве государств. Переход к методу БОР начали страны постсоветского пространства.

БОР – это подход к бюджетному процессу, который обеспечивает прямую увязку расходов организации, сектора, государства с достигнутыми результатами. В основе БОР лежит программно-целевой подход, который предполагает разработку бюджетных программ, результатов, которые должны быть получены и объем финансирования для их достижения.

Внедрение БОР

- позволяет получить ответ на вопросы, какие результаты будут достигнуты посредством использования бюджетных средств и как;
- генерирует информацию, позволяющую измерить результаты и повысить эффективность (пере)распределения расходов;
- предоставляет большую свободу (пере)распределения бюджетных средств.

Одним из современных и популярных во всем мире методов планирования бюджетных расходов на оказание медицинской помощи является система клинико-затратных групп (КЗГ). Финансирование на основе КЗГ позволяет: повысить эффективность бюджетирования; рационально использовать потенциал учреждений; улучшить качество оказания медицинской помощи. Планирование расходов бюджета здравоохранения по модели КЗГ оказывает влияние на совершенствование систем оплаты труда медицинского персонала, ориентированных на конечные результаты оказания медицинской помощи.

Представленные материалы облегчат понимание принципов БОР заинтересованными лицами, позволят адаптировать к отечественным условиям мировой опыт планирования расходов бюджета здравоохранения по системе КЗГ.

Учебно-методическое пособие ориентировано на расширение компетентности целевой аудитории по вопросам эффективности расходования государственных финансов, повышение мотивации к обучению, развитие способности к самообразованию.

Архитектоника работы концентрирует внимание читателя на ключевых идеях. В конце материалов размещен блок для самоконтроля в форме, удобной для восприятия, и список источников, включающий наиболее значимые работы. Полную информацию и авторский комментарий можно получить, обучаясь на кафедре финансового менеджмента и информатизации здравоохранения БелМАПО.

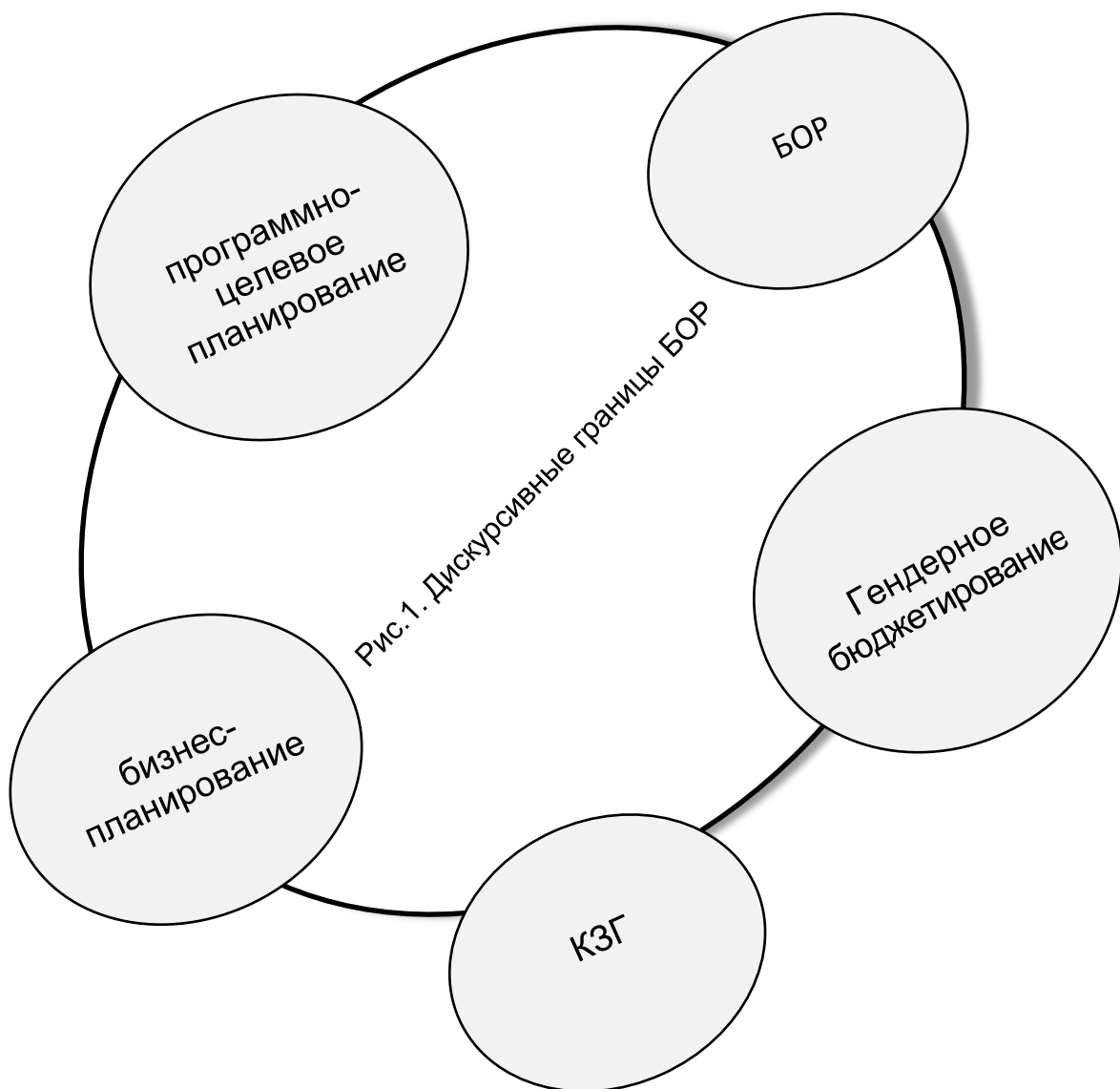


Рис.1. Дискурсивные границы БОР

Финансирование здравоохранения для повышения эффективности государственных расходов и качества медицинской помощи, а также достижение ЦУР. Подход «Здоровье для всех»

Системы здравоохранения выполняют важную функцию социальной защиты. Они снижают как риски в области здоровья, так и финансовые риски, внося существенный вклад в социальное и экономическое благосостояние.

Право всех граждан государства на получение бесплатной медицинской помощи провозглашено в Советской стране в 1918 году впервые в мире. Для обеспечения этого права сформирована разветвленная сеть лечебно-профилактических учреждений. Советское здравоохранение служило примером для многих стран. В довольно сжатые по историческим меркам сроки СССР удалось создать почти идеальную для своего времени систему (которую назвали в честь ее организатора Николая Семашко). Суть ее заключалась в следующем: государство берет на себя заботу о здоровье граждан, разворачивает сеть больниц, услугами которых каждый может пользоваться бесплатно.

Принципы организации советской системы здравоохранения сложились в первые десятилетия существования СССР. К числу главных ее характеристик относятся:

- право на бесплатную медицинскую помощь для всего населения;
- финансирование здравоохранения из государственного бюджета и средств государственных предприятий;
- предоставление медицинской помощи государственными лечебно-профилактическими учреждениями;
- предоставление амбулаторно-поликлинической помощи в поликлиниках, объединяющих врачей разных специальностей;
- централизованная система административного управления.

Акцент делался на профилактике заболеваний. Продолжительность жизни населения удалось поднять с 35 лет в начале века до европейских 70 лет к концу 60-х годов. При этом объем финансирования медицины из бюджета был примерно на уровне западных стран: на здравоохранение СССР выделял в 1960 г. 1,6% ВВП, тогда как США – 1,3% ВВП.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рекомендовала использовать элементы советской модели другим странам. Под влиянием советской медицины на Западе сформировалась собственная бюджетная система медицины, которую часто называют моделью Бевериджа (она

существует, в частности, в Великобритании, Ирландии, Дании, Италии, Испании).

Советская система организации здравоохранения обладала серьезными преимуществами по сравнению с системами социального страхования и частного здравоохранения, доминирующими в мире до середины XX века. Она обеспечивала получение всем населением страны бесплатной квалифицированной медицинской помощи, включая профилактическую помощь.

Во второй половине XX века многие страны мира, и прежде всего страны с развитой экономикой, стали наращивать государственное участие в организации и финансировании здравоохранения. В то же время в СССР здравоохранение имело невысокий приоритет при распределении государством финансовых и материальных ресурсов. По такому показателю, как доля расходов государства на здравоохранение в ВВП, СССР намного отстал от стран с развитой рыночной экономикой.

Государственной системе управления и финансирования здравоохранения присущи серьезные недостатки в виде жесткого централизованного контроля за деятельностью медицинских организаций и их работников. Контроль фокусируется на количественных показателях в ущерб качественным характеристикам. Система государственного управления здравоохранением функционирует относительно успешно, когда природа решаемых задач достаточно проста, и количественные показатели, такие, например, как число вакцинированных, число пролеченных и т.д., адекватно отражают результаты деятельности системы. Менее успешно эта система справляется с обеспечением сложных медицинских услуг, медленно реагирует на изменения эпидемиологической ситуации. Недостатки организации советского здравоохранения сочетались с медленным ростом его обеспеченности материальными ресурсами.

С 60-х годов зримо стало проявляться отставание СССР от западных стран по показателям, характеризующим как ресурсное обеспечение здравоохранения, так и результаты. К 80-м годам XX века СССР серьезно отставал от западных стран по уровню финансовых вложений. В 1990 г. расходы государства и населения на здравоохранение в ВВП составляли 3,0%, в том числе расходы из государственного бюджета – 2,0% ВВП. В странах с развитой рыночной экономикой эти расходы составляли в 1990 г. в среднем 9,2% и 5,6% соответственно (World Bank, 1993, p. 211).

Недостатки государственной системы предоставления социально-культурных услуг населению стали очевидны в 80-е годы. Критическое отношение к ней вызвано следующим факторами:

- неудовлетворительностью показателей состояния здоровья населения (уровнем смертности, в том числе детской, уровнем заболеваемости) в социалистических государствах в сравнении с государствами Западной Европы и Северной Америки;

- недостаточным финансированием здравоохранения, низкой долей затрат на охрану здоровья в ВВП;

- медленным обновлением медицинского оборудования, нехваткой современного оборудования в учреждениях;

- недостатком инноваций в методах лечения и медикаментах;

- избытком врачей и больничных мест при низкой эффективности их использования;

- низкой заработной платой врачей – ниже, чем в среднем по народному хозяйству;

- чрезмерной централизацией принятия решений и ограничением прав руководителей органов и учреждений здравоохранения;

- отсутствием у медицинских организаций и работников экономических стимулов к эффективной работе;

- низким качеством медицинских услуг, предоставляемых населению;

- неудовлетворительная обратная связь: минимальными возможностями у пациентов влиять на качество предоставляемых им услуг, используя легальные механизмы воздействия на медицинские организации и их персонал;

- развитием теневой оплаты услуг врачей, медсестер, теневого рынка лекарственных средств.

С конца 80-х годов предпринимались попытки реформирования советской системы здравоохранения. Главным объектом нововведений является система финансирования медицинского обслуживания. В 1988-1990 годах происходило внедрение в ряде регионов так называемого нового механизма хозяйствования, менявшего порядок финансирования государственных лечебно-профилактических учреждений и их хозяйственной деятельности.

Постепенно вводились элементы системы обязательного и добровольного медицинского страхования. Появились частные медицинские

учреждения. Они лишь дополнили, но не заменили традиционную систему финансирования.

Необходимость рационального выбора, эффективность издержек и доходов общественного здравоохранения представляют основную проблему здравоохранения в любой стране мира. Финансовые средства, выделяемые здравоохранению, не отражают потребности отрасли, а определяются экономическими возможностями страны. Ни в одной стране не гарантируется бесплатность всех видов медицинской помощи всем гражданам. Ни в одной стране не существует в чистом виде бюджетной, страховой или частной системы финансирования. Системы финансирования здравоохранения в большей мере содержат элементы трех основных форм в различной пропорции и основаны на доминирующем источнике финансирования. В каждой форме имеются свои плюсы и минусы. Для охраны здоровья населения страны нужно использовать успешные формы частной, страховой, ведомственной и благотворительной медицины. Невозможно полностью скопировать систему здравоохранения другой страны, многое зависит от традиций, ментальности и ожиданий населения, представлений медицинских работников. Необходимо искать компромисс между экономическими возможностями государства, здравоохранения и потребностями каждого человека в медицинской помощи.

В разные периоды советской и суверенной Беларуси с целью поиска оптимальной модели финансирования осуществлялись различные эксперименты. В начале XXI века проведен эксперимент по совершенствованию механизма хозяйствования в организациях здравоохранения Витебской области (2001-2002 гг.).

В настоящее время в Беларуси при поддержке Всемирного банка реализуется проект по внедрению системы клинико-затратных групп (КЗГ). КЗГ – это система стоимостных классификаций схожих групп заболеваний, с помощью которой больничная организация рассчитывает, сколько средств ей необходимо, чтобы обеспечить полное и качественное выполнение взятых на себя обязательств по лечению запланированного числа случаев того или иного заболевания. Переход на новые механизмы финансирования здравоохранения на основе КЗГ позволит обеспечить более эффективное распределение и использование выделяемых отрасли бюджетных финансовых средств, а также выведет на новый уровень контроль качества оказываемой населению медпомощи.

Реализация деятельности бюджетных учреждений, основной функцией которой является повышение качества и доступности медицинской помощи населению, происходит в условиях ограниченности бюджетного финансирования, меняющейся нормативно-правовой базы ведения финансово-хозяйственной деятельности, что требует преобразований, предполагающих:

- отказ от сметного порядка планирования и финансирования и переход к бюджетированию, ориентированного на результат;
- государственное регулирование внебюджетных источников финансирования.

Для развития механизма формирования рекомендуется:

1) разработка системы управленческого учета объемов медицинской помощи, определяемой по видам медицинских услуг и являющейся основой финансового планирования расходных обязательств учреждений;

2) введение платежной системы, основанной на применении КЗГ, в большей степени ориентированной на «конечный результат» - законченный случай лечения;

3) реорганизация финансово управленческой модели бюджетного учреждения на принципах бюджетирования, ориентированного на результат.

3) внедрение системы непрерывного мониторинга структуры медицинских услуг, качества и доступности оказываемой медицинской помощи учреждениями здравоохранения.

Новые формы финансирования позволят упростить порядок составления финансового плана бюджетными учреждениями и перейти от затратного сметного принципа формирования финансовых ресурсов учреждений из всех источников к бюджетированию, ориентированному на результат (ассортимент, качество, доступность медицинских услуг по видам и объемам оказываемой медицинской помощи).

Оптимизация финансирования отрасли напрямую связана с достижением Целей устойчивого развития и 169 подчиненных им задач, которые необходимо выполнить к 2030 г. Беларусь предпринимает усилия по реализации ЦУР на всех трех уровнях: национальном, региональном и глобальном. В стране сформирован механизм реализации Повестки дня ООН – 2030, направленный на то, чтобы обеспечить достойные условия жизни для всех.

Особое внимание уделяется достижению Целей, во многом детерминированных системой здравоохранения: Цель 3: Хорошее здоровье и

благополучие и Цель 5: Гендерное равенство. Данные цели опираются на принципы и положения “ЗДОРОВЬЯ-21: политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ”. Их выполнение должно помочь устранить несправедливость в здравоохранении и обеспечить повышение качества жизни граждан. Три основополагающие ценности являются этической основой “ЗДОРОВЬЯ-21”: 1) здоровье как одно из важнейших прав человека; 2) справедливость в вопросах здоровья и его охраны и действенная солидарность стран, групп и контингентов людей внутри стран и представителей обоих полов; 3) участие в здравоохранительной деятельности и ответственное отношение к ней/подотчетность отдельных людей, групп, населения (общин) и учреждений, организаций и секторов. Глобальная политика достижения “Здоровья для всех в 21-ом столетии”, принятая всемирным сообществом в 1998 г., направлена на создание для всех людей Земли необходимых условий для достижения и поддержания как можно более высокого достижимого уровня здоровья. Здоровье для всех – это не отдельная, разовая и самодовлеющая задача. По своей сути, речь идет о Хартии социальной справедливости, обеспечивающей научно обоснованное руководство по вопросам улучшения и налаживания здравоохранительной деятельности, с изложением процессов, долженствующих привести к последовательному улучшению состояния здоровья людей.

Сущность БОР, отличие от традиционного бюджетирования

Технология бюджетирования, ориентированного на результат (БОР), возникла в 60-е годы прошлого века. В 90-е годы XX века она стала внедряться в большинстве стран мира. БОР является широко востребованным методом планирования общественных расходов. В настоящее время БОР с успехом используется в большинстве государств. Переход к методу БОР начали страны постсоветского пространства. Основная мотивация - фокусировать внимание бюджетополучателей на основных задачах и результатах деятельности, обеспечив при этом эффективность расходования государственных финансов.

БОР – это альтернативный подход к бюджетному процессу, который обеспечивает прямую увязку расходов государства с достигнутыми результатами. В основе БОР лежит программно-целевой подход, который предполагает разработку бюджетных программ, результатов, которые должны быть достигнуты и объем финансирования для их достижения.

Цели внедрения БОР в систему здравоохранения:

- Повышение качества и доступности медицинской помощи населению;
- Усиление подотчетности исполнительных органов власти в сфере здравоохранения обществу;
- Усиление связи между приоритетами государственной политики в сфере здравоохранения и структурой бюджетных расходов;
- Улучшение качества информации об объемах медицинской помощи и их финансированию для принятия управленческих решений;
- Повышение эффективности бюджетных расходов.

Внедрение БОР:

- позволяет получить ответ на вопросы, какие результаты будут (были) достигнуты посредством использования бюджетных средств и как они были достигнуты;
- генерирует информацию, позволяющую измерить результаты и повысить эффективность (пере)распределения расходов в соответствии с приоритетами государственной политики;
- предоставляет большую свободу (пере)распределения бюджетных средств.

БОР имеет ряд существенных отличий от постатейного бюджетирования. Традиционное (затратное) бюджетирование основывается на «освоении» получателями бюджетных средств, объемы которых, как правило, рассчитываются на основе индексации расходов предыдущего года. Процесс планирования бюджета отличается высокой степенью детализации расходов, а ответственность бюджетополучатели несут не за результаты работы, а за соблюдение правильности расходования средств в рамках статей затрат.

Недостатки существующей системы планирования расходов:

- отсутствует мотивация к повышению качества и доступности медицинской помощи;
- содержание инфраструктуры, а не обеспечение реальной потребности в медицинской помощи;
- стремление сохранить объемы услуг вне зависимости от потребности;

- стимулирование работников возможно только за счет экономии фонда оплаты труда.

Одно из принципиальных отличий БОР от традиционного постатейного бюджетирования состоит в том, что при БОР исполнение бюджета оценивается не только по тому, в какой степени были исполнены те или иные бюджетные статьи, а по тому, насколько были выполнены изначально поставленные цели и задачи. Для этого разрабатывается и вводится специальная система показателей, позволяющих на регулярной основе отслеживать степень достижения целей и выполнения задач, проводить мониторинг эффективности государственных расходов. При этом упраздняется детальная регламентация расходов и распорядителям бюджетных средств предоставляется бóльшая свобода действий. Такой подход позволяет оценить результативность государственных расходов, повысить степень ответственности распорядителей и получателей бюджетных средств за их эффективное использование, на основе полученных данных определить оптимальные пути использования имеющихся ресурсов в интересах граждан. По своей сути БОР можно приравнять к корпоративному бизнес-планированию и стратегии бизнеса.

Основные отличия традиционного бюджетирования, в основу которого положен постатейный метод, и БОР представлены в таблице.

Таблица

**Сравнительная характеристика модели
постатейного бюджетирования и модели БОР**

| Модель постатейного бюджетирования | Модель БОР |
|--|--|
| <i>Распределение финансовых средств</i> | |
| По видам затрат в соответствии с функциональной, ведомственной, экономической классификациями бюджетных расходов («оплата труда», «покупка материалов» и т.п.) | По программам или стратегическим целям, предусматривающим достижение определенных конечных результатов |
| <i>Принципы планирования бюджета</i> | |
| При планировании главным является обоснование потребности в ресурсах, ожидаемые результаты деятельности не обосновываются. | Исходным при планировании деятельности является обоснование приоритетов и ожидаемых результатов. Бюджетные расходы соотносятся с |

| Модель постатейного бюджетирования | Модель БОР |
|---|--|
| Расходные потребности устанавливаются, как правило, путем индексации величины расходов предыдущего периода | показателями результатов через показатели ресурсов и мероприятий, необходимых для достижения результатов. |
| <i>Горизонт планирования</i> | |
| Обычно 1 год | Обычно 3 года |
| <i>Свобода использования лимитов ассигнований</i> | |
| Получаемое финансирование разделено на целевые лимиты, каждый из которых имеет определенную цель. Перераспределение средств между статьями и разделами не допускается или крайне затруднено. Остатки средств на бюджетном счете ликвидируются в конце года. | Устанавливаются долгосрочные лимиты ассигнований. Разрешается перераспределение средств между статьями расходов. Возможен перенос неиспользованных средств на следующий год и частичное использование ассигнований будущего года в текущем году. |
| <i>Контроль за исполнением бюджета</i> | |
| Преобладает внешний контроль, осуществляемый вышестоящими или специализированными ведомствами. Основное внимание уделяется контролю за исполнением расходных статей бюджета. | Нижние уровни управления наделяются большей ответственностью за принятие решений. Ведется мониторинг деятельности и последующий внешний финансовый аудит. Контролируется не столько само расходование бюджетных средств, сколько достижение поставленных целей и задач. |
| <i>Организационная структура</i> | |
| Организационная структура государственного учреждения, как правило, формируется по функциональному принципу. Организационное деление учреждения на отделы и подразделения основано, скорее, на том, какие функции они исполняют, | Структура учреждений ориентируется на их результаты деятельности. Оперативные подразделения и отделы внутри учреждений должны отвечать за конкретные результаты работы, т.е. за товары/работы/услуги, предоставляемые данным учреждением. Затраты на вспомогательные функции |

| Модель постатейного бюджетирования | Модель БОР |
|--|---|
| <p>чем на конечных результатах и продуктах их деятельности.</p> | <p>(администрации, бухгалтерии, юридической поддержки и т.п.) распределяются между оперативными отделами и подразделениями.</p> |
| <p><i>Ответственность сотрудников за эффективное использование бюджетных средств</i></p> | |
| <p>Низкий уровень делегирования ответственности. Отдельные сотрудники на различных уровнях имеют мало возможностей самостоятельно делать то, что, по их мнению, может повысить эффективность расходования бюджетных средств.</p> | <p>Высокий уровень децентрализации и делегирования полномочий. После того, как организация определила важнейшие приоритеты, сформулировала соответствующие цели и выделила на них финансовые ресурсы, отдельным подразделениям внутри организации следует позволить во многом самим определять, каким образом эти цели могут быть достигнуты наилучшим образом. Отдельные сотрудники должны иметь больше возможностей влиять на выбор средств и методов работы в рамках своей профессиональной компетенции.</p> <p>Усиление ответственности за результативность деятельности. Основное внимание уделяется достижению конечных (социальных) результатов (outcomes). Один из способов повышения ответственности руководителей учреждений за эффективность использования полученных средств - заключение договоров, контрактов (в том числе индивидуальных) с руководством учреждений. В этих контрактах могут указываться целевые значения показателей деятельности того или иного учреждения, которых обязаны достичь их</p> |

| Модель постатейного бюджетирования | Модель БОР |
|------------------------------------|---|
| | руководители при определенном уровне финансирования. Степень исполнения бюджета оценивается на основе данных мониторинга показателей результативности, заключений внешних независимых аудиторских компаний и т.д. |

По сравнению с моделью постатейного бюджетирования, БОР обладает рядом преимуществ.

Преимущества использования БОР для правительства:

- Регулярное получение полной информации о реализации государственных задач и использовании бюджетных средств в различных сферах деятельности государства;
- возможность эффективного распределения бюджетных средств между конкурирующими статьями расходов благодаря получению более точной и полной информации о результатах реализации программ в соответствии с приоритетами государственной политики;
- экономия бюджетных средств за счет повышения эффективности работы государственного сектора;
- возможность сравнить несколько предлагаемых вариантов программ с точки зрения ожидаемых результатов и затрат;
- предпосылки для повышения контроля за деятельностью министерств и ведомств путем установления показателей результативности и сравнения фактически достигнутых результатов с запланированными;
- выявление и упразднение дублирующих друг друга программ, неэффективных программ.

Преимущества использования БОР для учреждений:

- возможность самостоятельного расходования бюджетных средств для достижения поставленных результатов (самостоятельность в оперативном управлении расходами, экономии средств, изменении структуры затрат при соблюдении лимитов ассигнований и в рамках программ);
- возможность установления взаимосвязи между ожидаемыми результатами реализации программы и объемом требуемых для этого ресурсов, возможность оптимизации планирования своей деятельности;

- возможность подкрепления запросов об увеличении бюджетного финансирования экономически обоснованным расчетом эффективности реализации программы.

Преимущества использования БОР для общества:

- БОР позволяет лучше понять, какие цели ставит перед собой правительство, насколько поставленные цели отвечают потребностям населения, в какой степени этих целей удастся достичь и какой ценой.

Целью реализации БОР на всех уровнях бюджетной системы являются:

- разработка системы целеполагания и критериев результатов деятельности в бюджетном секторе экономики;
- повышение эффективности общественных расходов.

Алгоритм БОР

1. На основе анализа структуры и объемов деятельности определить необходимый (достаточный) уровень медицинской службы организации/территории/региона. Этот уровень будет являться базой для выравнивания объемов деятельности по направлениям и территориям и создания одинаковых стартовых условий.

2. Определение стратегических целей и тактических задач.

3. Определение конечных и итоговых результатов.

4. Определение необходимых объемов и направлений деятельности.

5. Планирование мероприятий и формирование ведомственных целевых программ. Защита и утверждение программы.

6. Финансирование деятельности по методу БОР.

7. Оценка выполненной работы на соответствие разработанным и утвержденным нормативам и стандартам.

8. Оценка результативности бюджетных расходов.

9. Оценка непосредственных результатов деятельности путем анализа изменения динамики показателей (демографических, здоровья, санитарно-эпидемиологического благополучия и факторов среды обитания, техники безопасности и др.).

10. Оценка конечных результатов изменения региональных и национальных показателей.

Показатели, используемые для оценки конечного результата

Региональные и национальные показатели риска неблагоприятного воздействия факторов окружающей среды на здоровье населения и показатели здоровья населения формируют показатели конечного результата.

В качестве региональных показателей здоровья населения и среды обитания могут быть определены следующие:

- 1) медико-демографические показатели;
- 2) здоровье населения;
 - 2.1) сведения о заболеваемости детей первого года жизни;
 - 2.2) сведения о профилактических осмотрах детей и подростков-школьников и их результаты;
 - 2.3) данные о числе заболеваний с диагнозом, установленным впервые в жизни;
 - 2.4) сведения о первичной инвалидности детей и подростков в возрасте 0 - 17 лет включительно;
 - 2.5) сведения о заболеваемости злокачественными новообразованиями с впервые установленным диагнозом;
 - 2.6) сведения о заболеваемости, связанной с микронутриентной недостаточностью с впервые установленным диагнозом;
 - 2.7) сведения о социальных болезнях населения с впервые установленным диагнозом;
 - 2.8) сведения о временной нетрудоспособности работающих;
- 3) сведения о социально-экономическом состоянии территории;
- 4) санитарно-эпидемиологическая безопасность.
- 5) условия труда и профессиональная заболеваемость;
 - 5.1) число лиц, работающих в контакте с вредными и опасными факторами производственной среды и трудового процесса по видам факторов, по видам экономической деятельности;
 - 5.2) охват периодическими медицинскими осмотрами лиц, работающих в контакте с вредными и опасными факторами производственной среды и трудового процесса;
 - 5.3) число лиц с впервые установленными профессиональными заболеваниями (отравлениями) по видам экономической деятельности;
- 6) показатели радиационной безопасности объектов окружающей среды и среды обитания людей.

БОР как система организации бюджетного процесса, при которой планирование расходов и их исполнение взаимосвязаны с результатами

Одними из наиболее популярных в последние десятилетия управленческих концепций в публичном секторе выступают управление и бюджетирование, ориентированные на результат. Под бюджетированием в управленческом учете понимается процесс планирования. Соответственно, бюджет – это план.



Рис.2. Реализация концепции БОР в государственных учреждениях

Данный подход направлен на повышение качества и доступности медицинской помощи, усиление связи между приоритетами государственной политики в области здравоохранения и структурой бюджетных расходов, улучшение качества информации об объемах медицинской помощи и их финансирования для принятия управленческих решений, повышает эффективность бюджетных ресурсов.

Суть модели БОР - распределение бюджетных ресурсов между администраторами бюджетных средств и (или) реализуемыми ими бюджетными программами с учетом или в прямой зависимости от достижения конкретных результатов (предоставления услуг) в соответствии со среднесрочными приоритетами социально-экономической политики и в пределах прогнозируемых на долгосрочную перспективу объемов бюджетных ресурсов.

БОР не отменяет сметного бюджетирования, однако решения о распределении средств принимаются главным образом с учетом ожидаемых результатов. В концепции БОР финансовые параметры являются хотя и важными, но производными по отношению к целям, на которые расходуются бюджетные средства. БОР неразрывно связано с системой планирования, которая формирует цели, задачи, мероприятия и показатели результатов.

БОР отражает взаимосвязь между величиной ассигнований, выделенных на реализацию программ, и результатами, которые, как ожидается, будут получены в ходе выполнения этих программ. При этом правильно составленный бюджет должен не просто показывать, какие цели должны быть достигнуты при определенном уровне финансирования, а дать возможность проследить взаимосвязь между ресурсами, затрачиваемыми на выполнение программы, мероприятиями, выполняемыми в рамках программы, продуктами и услугами, производимыми в ходе выполнения программы, и конечными результатами. Иными словами, логика построения бюджета, ориентированного на результат, следующая: учреждению необходимы ресурсы, достаточные для того, чтобы осуществить мероприятия, необходимые для получения продукта, который приведет к достижению результатов.



Рис. 3. Логика построения бюджета, ориентированного на результат

Модель БОР ориентирована на среднесрочное и долгосрочное финансовое планирование с установлением правил изменения объема и структуры ассигнований и повышением предсказуемости объема ресурсов, которым управляют администраторы бюджетных средств, а не планирование в рамках годового бюджета. Кроме того, модель предусматривает введение мониторинга результативности бюджетных расходов.

В связи с этим возникает необходимость в группировке расходных обязательств в зависимости от степени их предопределенности и правил планирования ассигнований на их выполнение. Процедура составления и утверждения бюджета переориентирована на выработку расходных приоритетов (расходных обязательств) и оценку их реализации (что влечет за собой укрупнение планируемых позиций и изменение перечня и формата бюджетных документов) с существенным расширением полномочий органов исполнительной власти при исполнении бюджета.

В рамках концепции "управления ресурсами" бюджет в основном формируется путем индексации сложившихся расходов с детальной разбивкой их по статьям бюджетной классификации. При соблюдении жестких бюджетных ограничений такой подход обеспечивает сбалансированность бюджета и выполнение бюджетных проектировок. В то же время ожидаемые результаты бюджетных расходов не обосновываются, а управление бюджетом сводится главным образом к контролю соответствия фактических и плановых показателей, что приводит к необдуманной бюджетной экономии средств, которая мало связана с эффективностью государственных расходов и, следовательно, необоснованному расходованию

В рамках концепции БОР бюджет формируется исходя из целей и планируемых результатов государственной политики. Бюджетные ассигнования имеют четкую привязку к функциям (услугам, видам деятельности), при их планировании основное внимание уделяется обоснованию конечных результатов в рамках бюджетных программ. Расширяется самостоятельность и ответственность администраторов бюджетных средств: устанавливаются долгосрочные переходящие лимиты ассигнований с их ежегодной корректировкой в рамках среднесрочного финансового плана, формируется общая сумма ассигнований (глобальный бюджет) на выполнение определенных функций и программ, детализация направлений использования которых осуществляется администраторами бюджетных средств, создаются стимулы для оптимизации использования ресурсов (персонала, оборудования, помещений и т.д.), приоритет отдается внутреннему контролю, ответственность за принятие решений делегируется на нижние уровни. Проводится мониторинг и последующий внешний аудит финансов и результатов деятельности, оценка деятельности администраторов бюджетных средств ведется по достигнутым результатам. Оценка эффективности результата осуществляется на основе принципа минимум затрат при максимуме результата и качества.

Модель БОР предполагает:

- создание нового механизма организации, планирования и прогнозирования бюджетного процесса, реализуемого в процессе составления, рассмотрения и исполнения бюджета;
- формирование и функционирование многоуровневого мониторинга бюджетного процесса, реализуемого в ходе контрольного этапа этого процесса.

ВНЕДРЕНИЕ ЭЛЕМЕНТОВ БОР НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ БЮДЖЕТНОГО ПРОЦЕССА

1. Подготовка проекта бюджета:
 - 1.1. Принципы построения бюджета, ориентированного на результат.
 - 1.2. Включение показателей результативности бюджетных расходов в проект бюджета.
 - 1.3. Временной горизонт планирования.
 - 1.4. Определение потребностей в ресурсах.
 - 1.5. Использование данных, полученных в ходе мониторинга результативности, при разработке бюджетных заявок.
 - 1.6. Формирование бюджетных заявок.
2. Исполнение бюджета:
 - 2.1. Санкционирование расходов бюджета.
 - 2.2. Учет бюджетных расходов.
 - 2.3. Контроль за исполнением бюджета.
3. Оценка результатов исполнения бюджета.

ЭТАПЫ ПЕРЕХОДА К БОР

1 этап:

1. Определение «миссии» органа исполнительной власти, составление перечня предоставляемых услуг.
2. Проведение учебы персонала.
3. Разработка показателей результативности органов исполнительной власти, разработка процедур измерения показателей, организация мониторинга результативности.
4. Внедрение новых форм отчетности.
5. Использование результатов мониторинга при обосновании бюджетных потребностей.

6. Использование результатов мониторинга для информирования общественности о результативности бюджетных расходов; привлечение населения к оценке результатов работы администрации.

2 этап:

1. Организация работы ведомства на программно-целевой основе.
2. Планирование по целям.
3. Установление ответственности руководителей за достижение целевых показателей.
4. Использование укрупненной бюджетной классификации при составлении бюджетной росписи.
5. Предоставление большей самостоятельности руководителям организаций-бюджетополучателей в распоряжении бюджетными средствами.

3 этап:

1. Разработка нового формата бюджетной документации.
2. Внесение изменений в бюджетный календарь.
3. Внесение изменений в бюджетное законодательство.
4. Внутренний контроль за расходами и внешний контроль за результатами.

Международный опыт внедрения БОР

Постатейное бюджетирование, которое применяется при планировании финансов в здравоохранении, не в полной мере отвечает требованиям целевого и эффективного использования бюджетных средств. В мировой практике активно используется модель БОР, позволяющая уйти от затратного подхода в бюджетировании. Международный опыт показал, что БОР имеет высокий потенциал и открывает большие возможности для повышения качества медицинской помощи и эффективности государственных расходов.

Внедрение БОР не является простым, быстрым или дешевым процессом. Анализ развития механизмов БОР в других государствах показывает, что в каждой стране развитие БОР происходит весьма индивидуально, с учетом особенностей функционирования национальной экономики и системы государственного управления.

Концепция БОР постоянно эволюционирует, изменяется, совершенствуется. В каждой стране БОР имеет свои особенности, нет единых методик, процедур и инструментов. Несмотря на это, можно выделить ряд элементов, которые отличают БОР от других концепций бюджетирования. Не существует единой модели БОР. Каждая страна реализует данную модель по-своему.

Впервые попытка по внедрению элементов БОР была предпринята в США в 1949 г. Целями реформы бюджетной системы были внедрение в бюджетную сферу показателей результативности деятельности, осуществление перехода от «управления затратами» к «управлению результатами». Иными словами, если изначально бюджетная реформа базировалась на вопросах повышения эффективности расходования бюджетных средств, то теперь акцент прежде всего ставится на определение целей (планируемых результатов) и показатели их достижения.

Суть реформы снижения расходов на обеспечение деятельности государственных (муниципальных) органов и подведомственных им организаций заключается в создании «прозрачных» механизмов принятия обязательств и принципов отчета об их достижении. Таким образом, создаются условия для большей свободы распорядителей бюджетных средств (укрупнение статей расходов, гибкость в использовании средств), при увеличении их ответственности за достижение намеченных конечных результатов.

БОР с успехом используется в Австралии, Новой Зеландии, Великобритании, Нидерландах. Австрии, Канаде, Швеции других

государствах. Построение модели бюджетной системы, основанной на принципах БОР, является конечной целью бюджетной реформы Китая. Переход к методу начали государства Балтии, Россия, Казахстан, Армения. Переход от годового бюджетирования к многолетнему является одним из условий членства в ЕС.

Наибольший размах реформа БОР получила в 1990-х годах, когда очередная волна преобразований, направленных на внедрение элементов БОР, начавшись в странах с развитой экономикой, дошла до развивающихся стран. На протяжении долгого периода развитые страны продолжали наращивать объемы доходов и расходов государственного бюджета, вследствие чего правительства столкнулись с комплексной проблемой высокого уровня социального обеспечения, большого объема бюджетных расходов, высокого уровня налоговой нагрузки, большого объема государственного долга. Вместе с ограничением объемов бюджетных расходов страны начали активно проводить реформы по внедрению БОР. В результате развитым странам удалось существенно повысить результативность использования бюджетных ресурсов. Например, правительство Дании объявило, что применение БОР существенно повысило эффективность сферы государственного высшего образования и медицинского страхования; в Англии в 2005–2008 гг. 20 млрд фунтов стерлингов государственных расходов были использованы более эффективно в результате применения процедуры оценки результатов.

В большинстве стран основной задачей реформы БОР является оптимизация бюджетных ассигнований в соответствии с принципом эффективности, что предполагает приоритетное распределение ограниченных бюджетных средств в зависимости от результативности деятельности того или иного государственного органа. В Канаде целями реформы БОР являются достижение результативности в управлении бюджетными ресурсами и повышение объема и эффективности предложения государственных услуг. В Новой Зеландии и Великобритании для повышения результативности деятельности государственных служащих и государственного сектора бюджетные ассигнования выделяются государственным органам на выполнение конкретных задач, которые определяются в соответствии с долгосрочной программой развития в той или иной сфере.

При проведении реформы БОР в разных странах придерживаются либо поступательной, либо радикальной модели. Так, в Австралии внедрение БОР

проводится поступательно, что позволяет использовать предварительный опыт реформы на экспериментальных участках в проведении повсеместной реформы. В Корее применена радикальная модель внедрения БОР, в условиях которой реформу бюджетной сферы по четырем основным направлениям удалось провести в достаточно короткие сроки.

Что касается нормативно-правового подхода, то, например, в США, где особое внимание уделяется детальности формулировки целей бюджетных расходов и количественных показателей результативности, используется контрактное оформление бюджета; в контракте закреплена ответственность распорядителей бюджетных средств за достижение конкретных результатов, с помощью чего обеспечивается увязка бюджетных ассигнований с реализацией соответствующих задач. В Англии БОР осуществляется путем непосредственного административного регулирования; отсутствие законодательно закрепленных обязательств распорядителей бюджетных средств предполагает их большую независимость и гибкость в управлении собственными финансами.

Имеются различия по уровням применения БОР: в Америке оценка результативности деятельности распорядителей бюджетных средств осуществляется на каждом уровне бюджетной системы; в Австралии БОР применяется главным образом на этапе составления проекта бюджета; в ЮАР инструменты БОР задействованы в программной части бюджета.

В отдельных странах существуют особенности государственного бухгалтерского учета при БОР. В 2000 г. Великобритания опубликовала «Акт о государственных ресурсах и бюджетном учете» (Government Resources and Account Act 2000 GRA2000), который ввел повсеместное применение метода начисления. Для того чтобы ускорить процесс внедрения БОР, Франция провела комплексную реформу системы государственного бухгалтерского учета и аудита по трем основным направлениям: бюджетный учет, бухгалтерский учет органов государственной власти, учет и анализ издержек.

Исходя из анализа проведения реформы БОР в западных странах, можно определить основные особенности результативно-ориентированной модели управления бюджетными ресурсами:

- 1) составление проекта бюджета на очередной период на основе комплексной и детализированной программы деятельности распорядителя бюджетных средств;
- 2) проведение системной оценки результативности расходов бюджета;

3) увязка распределения бюджетных ресурсов с реализацией конкретных задач.

Начиная с 90-х годов XX в. многие страны, в том числе Россия, Китай, Чили, Малайзия, ЮАР приступили к внедрению БОР. Как в Юго-Восточной Азии, так и в Латинской Америке общепризнанно, что применение элементов БОР способствует повышению качества управления государственными финансами.

Главной целью проведения реформы БОР как в развитых, так и в развивающихся странах являются повышение результативности распределения бюджетных ресурсов и деятельности органов исполнительной власти, совершенствование институциональных основ государства. Особенностью проведения реформы БОР в развивающихся странах является поступательное внедрение новых инструментов бюджетирования, таких как система оценки результативности администрирования бюджетных расходов, проверка итогов деятельности распорядителей бюджетных средств и др. В ходе реализации реформы БОР страны с переходной экономикой сосредотачивают усилия на решении следующих задач:

— расширение и детализация содержания бюджетной стратегии, удлинение горизонта бюджетного планирования;

— координация вопросов бюджетной политики и основных параметров бюджета на каждый бюджетный период, переоформление действующих бюджетных программ в соответствии с новой моделью бюджетирования;

— пересмотр структуры бюджетных программ, повышение прозрачности финансовой информации в связи с использованием расширенной бюджетной стратегии и новой модели бюджетирования;

— усовершенствование практических основ государственного бухгалтерского учета, переход к ведению бухгалтерского учета методом начисления;

— внедрение новых финансовых стимулов и методов повышения ответственности распорядителей бюджетных средств.

Бюджетирование, ориентированное на результат, получило достаточно широкое распространение в деятельности государственных органов многих развитых стран. Но наиболее богатый опыт по внедрению БОР наработан в США. В настоящее время на фоне снятия ковидных ограничений, необходимости повышения эффективности бюджетных расходов и качества деятельности органов государственной власти результативное бюджетирование получило новый импульс развития. Это проявляется в

действиях, направленных на углубление инструментария БОР в бюджетной практике США, а именно:

- в структурировании системы оценки бюджетных программ;
- в совершенствовании финансового управления в государственных организациях;
- в развитии методик, позволяющих интегрировать планы и бюджеты, ресурсы и результаты;
- в формировании наглядной, актуальной и обоснованной информации для повышения эффективности принятия управленческих решений с учетом стратегических приоритетов (посредством формирования системы метрик, индикаторов и в целом сбалансированной системы показателей);
- в развитии аналитического инструментария.

Ключевую роль в подготовке бюджета на принципах БОР играет созданное для этих целей при Белом доме Административно-бюджетное управление (ОМВ), глава которого наделен статусом министра и является членом кабинета министров. ОМВ ежегодно уточняет подробную инструкцию о подготовке, представлении и исполнении бюджета, в том числе о составлении стратегического плана и ежегодного плана работы и отчета агентств. Для сбора и обработки данных при подготовке бюджета ОМВ создало и поддерживает информационную систему МАХ — базу данных, состоящую из отчетов, отражающих разные разрезы бюджета (и его приложений), которые связаны между собой многочисленными взаимными ссылками для выявления ошибок и несоответствий. Субъекты бюджетного планирования могут вносить (изменять) данные, относящиеся к их деятельности, используя соответствующую систему кодирования. С 2004 года ОМВ инициировало процесс систематического анализа всех правительственных программ, применяя механизм рейтинговой оценки программ (Program Assessment Rating Tool — PART). Рейтинг определяется на основе опросного листа, заполняемого агентствами, который включает 25 основных вопросов (и дополнительных по отдельным типам программ). В год проверяется 20 % программ, которые классифицируются по семи типам. Таким образом, применение PART позволило выявить проблемы с измерением результатов, проблемы с достоверностью расчетов маржинальных (предельных) издержек и их влияния на результаты (эффект вложения дополнительных ресурсов), проблемы учета полных расходов на единицу произведенных услуг. Результаты рейтинговой оценки

используются в процессе подготовки бюджетов ведомств на федеральном уровне. Основные элементы и требования к организации системы БОР определены в Федеральном законе США 1993 года «Об оценке результатов деятельности государственных учреждений» — Government Performance Results Act (GPRA). Так, GPRA определяет следующие цели в области государственной политики бюджетных расходов:

- укрепление доверия народа к федеральному правительству;
- совершенствование процедур выработки программных целей, измерения социальной и экономической эффективности реализации программ, совершенствование отчетности об их выполнении;
- повышение социальной эффективности программ и усиление ответственности государственных органов за результаты их осуществления;
- помощь руководителям федеральных министерств в налаживании работы с учетом ориентации на конечный результат;
- повышение качества законодательных решений;
- совершенствование государственного управления на федеральном уровне.

Для регионального уровня (на примере штата Вирджиния) наиболее существенными являются следующие особенности результативного бюджетирования:

- применение практики двухгодичного бюджета на основе базового бюджета с возможностью переноса бюджетных ассигнований между годами;
- существование персональной ответственности губернатора и должностных лиц — глав агентств за исполнение бюджета, при этом дефицит в принципе не разрешен.

Также следует отметить, что при внедрении БОР в государственных органах регионального уровня прослеживаются различия между ведомствами, оказывающими услуги, и ведомствами, выполняющими функции. Для каждого из вышеуказанных типов ведомств ставится задача использования своих способов оценки результативности и эффективности деятельности. В области совершенствования бюджетного планирования формируются инициативы стратегического планирования, используются опытные (пилотные) проекты с показателями оценки, разработана отдельная система определения качества предоставляемых бюджетных услуг, при этом капитальные затраты имеют шестилетний горизонт планирования (шестилетний план).

Внедрение БОР должно основываться на стратегическом планировании. При этом реализация стратегических планов предполагает увязку маркеров (индикаторов) и их исполнения, контролируемого по системе сбалансированных показателей, с группировкой затрат на программы (проекты), которая, как, например, в США (для федеральных агентств), может структурироваться по трем уровням: агентствам, сегментам ответственности, продуктам сегмента (центрам затрат). В США, как и в целом для мировой практики внедрения БОР, важнейшим вопросом является структурирование бюджетных данных и их привязка к результатам.

Важное значение имеют вопросы «нового содержания» прозрачности, подотчетности и гибкости в деятельности органов государственной исполнительной власти. Прозрачность в условиях бюджетирования по результатам и финансово-экономического кризиса предусматривает повышение доверия граждан правительству, реализацию принципа создания новых ценностей, устойчивость стандартов и структуры бюджета. Подотчетность в новых условиях предполагает наличие соответствующих полномочий по управлению бюджетом, соблюдение принципа сочетания бюджетирования и вознаграждения, основанных на ответственности. Вклад менеджмента государственных структур в контексте БОР рассматривается через использование сценариев бюджетных решений, интегрированное управление рисками, мониторинг эффективности деятельности в реальном времени. В вопросах развития БОР должна повышаться роль подразделений, обеспечивающих внедрение его инструментов в практику работы, которые становятся независимой частью ведомств и призваны формировать методологию оценки условий принятия и непосредственно управленческих решений.

Лучшие практики по использованию бюджетирования по результатам на примере ведомств США свидетельствуют, что вектор развития внутреннего менеджмента государственных организаций направлен на стандартизацию и оптимизацию правил и процедур, интеграцию информационных потоков, расширение аналитических возможностей систем принятия решения (работа с «контрольными точками», выделение актуального потока задач и процессов, применение к ним аналитического инструментария). Грамотное управление оказывает позитивное влияние на оптимизацию поддержки принятия решений: позволяет добиться концентрации аналитической деятельности на анализе неординарных

случаев, корректировки ключевых индикаторов результативности и при создании центров компетенции для получателей бюджетных услуг.

Безусловно, важным во внедрении БОР является параллельная реализация как механизмов, обеспечивающих результативность использования выделяемых средств, так и технологий их эффективного использования для достижения этих результатов (через систему государственных закупок). При этом большое практическое значение имеет использование в практике результативного бюджетирования в государственном секторе современных информационных технологий, которые позволяют на другом качественном уровне решать многие задачи, например такие, как:

- сопоставление стратегических и годовых планов с бюджетом и его исполнением;
- обеспечение гарантированного качества и точности финансовых данных для принятия управленческих решений;
- обеспечение объективной оценки эффективности достижения стратегических целей, представление вариативности реализации прогнозных сценариев и подготовки скользящих прогнозов;
- внедрение системы непрерывного планирования на ежемесячной, еженедельной и даже ежедневной основе;
- осуществление привязки будущего распределения бюджета к достижению определенных целей;
- увязка цели в рамках программ с бюджетными ресурсами, проведение оценки бюджета на базе predetermined метрик (индикаторов);
- отслеживание (мониторинг) достижения целей в соответствии с заданными ключевыми показателями эффективности.

Кроме того, важнейшим аспектом результативности собственно инструментария БОР является повышение заинтересованности государственных служащих в его внедрении, обоснованная необходимость его реализации. Среди факторов успеха по использованию инструментария БОР доминируют поддержка высшего руководства, формирование независимой инфраструктуры, обеспечивающей практическую реализацию механизмов БОР, постоянная оценка соотношения затрат на их внедрение и использование с результатами этой работы, а также соответствующее обучение персонала. Внедрение БОР обуславливает необходимость развития кадрового потенциала, стимулирование сотрудников (государственных

служащих), что в целом направлено на эффективное использование трудовых, а как следствие, и всех других ресурсов.

Среди успешных примеров методов реализации БОР можно выделить следующие подходы:

- консультативные и коммуникативные инструменты, действующие между различными уровнями государственного управления; единство подхода по всем аспектам реформы (Австралия);
- применение бюджетных стимулов, коммуникативных и консультативных механизмов, обмен опытом, а также использование законодательства (Бразилия);
- использование сетевых структур научного и экспертного сообщества (Канада);
- распространение лучшей практики (Австрия, Испания);
- эффективное руководство проведением реформы (Австрия).

Среди негативных явлений следует выделить:

- провал бюджетной реформы из-за применения права вето и негибкости использовавшихся инструментов (Германия);
- снижение воздействия бюджетной реформы из-за увязания консультативных механизмов в политических дебатах (Испания);
- снижение приверженности реформам из-за осознания негативного влияния преобразований на социальную сферу (при этом по готовности проводить реформы регионы опережают установки федерального центра) (Бразилия).

Как свидетельствует мировой опыт, модель бюджетного планирования, ориентированного на результат, в наибольшей степени соответствует современным тенденциям управления государственными расходами.

Система показателей, используемых при БОР

При переходе на БОР возрастает роль отчетности, мониторинга и оценки результатов. БОР предполагает подготовку отчетов о выполнении задач, достижении запланированных результатов. Ответы на такого рода вопросы предполагают разработку системы показателей, которые позволили бы отслеживать и оценивать результаты произведенных бюджетных расходов в рамках программ, разработанных на основе принципов БОР.

Основными критериями оценки являются:

- Экономическая эффективность программ, т.е. соотношение объема предоставленных услуг определенного качества и затрат на их предоставление;
- Социальная эффективность программ, т.е. эффективность программ с точки зрения достижения поставленных целей, достижение социального эффекта от предоставления бюджетных услуг.

Система показателей должна быть разработана и согласована на этапе подготовки проекта бюджета, поскольку она является составной частью бюджетной заявки. Эта система должна включать, прежде всего, следующие показатели:

- показатели затрат – т. е. ресурсы, необходимые для оказания бюджетной услуги;
- показатели результатов, включая
 - непосредственные результаты программ: показатели услуг (объема и качества);
 - конечные результаты программ: показатели эффекта от предоставления бюджетных услуг для их получателей.
- показатели, непосредственно отражающие мнение пациентов/клиентов о качестве и полезности услуги.

Мониторинг представляет собой непрерывный процесс измерения и регистрации показателей результативности, достигаемых в ходе реализации программ.

Оценка результатов, как правило, представляет собой разовое мероприятие, позволяющее провести более глубокий анализ и охватить, помимо прочего, такие вопросы, как актуальность (польза от реализации той или иной программы для удовлетворения конкретных потребностей) и устойчивость ожидаемого (полученного) эффекта от реализации программ.

Оценка, проводящаяся по завершению программы, позволяет сопоставить фактические и ожидаемые результаты ее реализации, включая воздействие программы на ее целевые группы, и проанализировать факторы успеха программы и проблемы, возникшие в ходе ее выполнения. Тем самым она вооружает органы исполнительной и законодательной власти важной информацией для определения и корректировки приоритетов государственной политики, для разработки новых программ.

Показатели результативности и эффективности
бюджетных расходов

В теории управления по целям и результатам БОР считается самым важным способом использования информации о целях и результатах, поскольку включает в себя всю совокупность способов использования данной информации для принятия управленческих решений (см. таблицу).

Таблица

**Использование информации о целях и результатах
для принятия управленческих решений**

| Способ использования информации | Цель |
|---|--|
| Мониторинг результативности (performance measurement) | Оценка эффективности и продуктивности реализации программ |
| Рабочие установки (performance targets) | Результаты, которых планируется достичь в ходе осуществления проекта. Являются также базой для сравнения плановых и фактических результатов выполнения программы |
| Отчеты о результатах (performance reports) | Сравнение плановых и фактических результатов выполнения программы. Содержат официальную оценку результатов реализации программы |
| Аудит результативности программы (performance audits) | Содержит независимую оценку достоверности информации, содержащейся в отчетах о результатах реализации программы |
| Бенчмаркинг (performance benchmarks) | Устанавливает критерии, характеризующие лучшие достижения в той или иной области |
| Контракты, ориентированные на результат (Performance contracts) | Официальные договоры между государством и поставщиками на поставку / предоставление определенного объема продукта / услуг по определенной цене |
| БОР (performance budgeting) | Выделение ресурсов на достижение целей |

Управляют тем, что поддается измерению, т.е. целей можно достичь только в том случае, если существуют поддающиеся количественному измерению показатели. Управление по результатам невозможно без измерения и оценки результата. В качестве критериев успешной деятельности здравоохранения выступают показатели, характеризующие результативность системы здравоохранения и эффективность расходования бюджетных ресурсов, причем как на макроуровне, так и микроуровне.

Для этого необходима специальная система показателей, которая позволяет на регулярной основе отслеживать степень достижения целей и выполнения задач, проводить мониторинг эффективности государственных расходов.

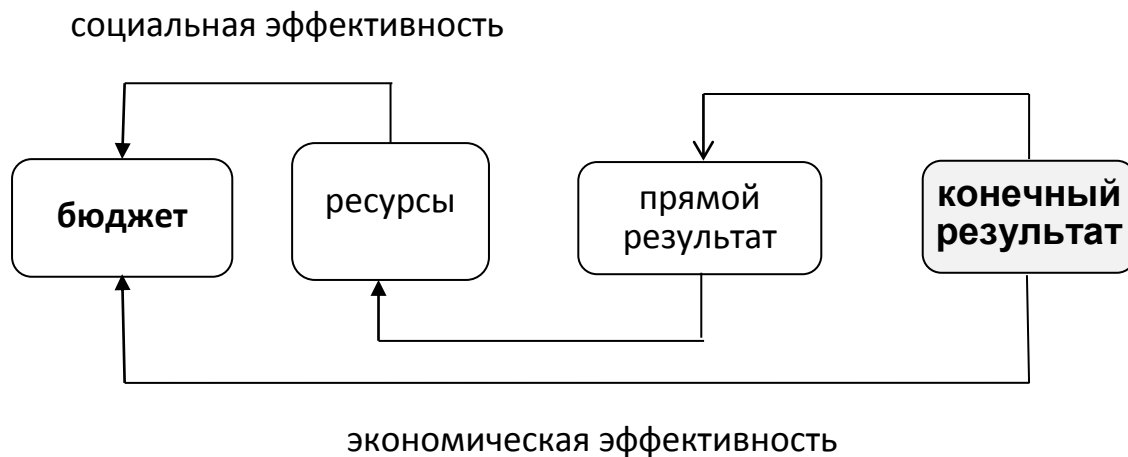


Рис.4. Система показателей, используемых при БОР

Такой подход дает возможность оценить результативность государственных расходов, повысить степень ответственности распорядителей и получателей бюджетных средств за их эффективное использование.

Аргументация необходимости применения показателей результативности в государственных учреждениях

| Аргументы "за" и "против" применения показателей результативности в государственных учреждениях | |
|--|--|
| <i>"За"</i> | <i>"Против"</i> |
| Связь объемов финансирования с конечными результатами стимулирует не только более рациональное, но и более эффективное использование ресурсов получателями бюджетных средств | Относительно легко измеряемые показатели, как правило, не являются показателями конечного результата, не отражают реальное качество работы государственных учреждений |
| БОР позволяет оценивать эффективность государственной политики в социальной сфере, распределять ответственность между различными уровнями власти и другими организациями, сравнивать работу конкурентов и выявлять резервы роста "на местах" | Применение БОР может привести к феномену "работы на показатель" и интерпретации полученных значений показателей с учетом субъективного фактора у получателей бюджетных средств |
| Использование показателей результативности даже без прямой увязки с финансированием стимулирует государственные учреждения к улучшению их работы, повышает их открытость и подотчетность обществу | Не наблюдается прямой связи между качеством оказанных услуг и объемами финансирования, по крайней мере, в краткосрочном и среднесрочном периодах |

Показатели являются конкретными величинами и характеристиками, с помощью которых производится количественное измерение затрат, непосредственного результата произведенных затрат и конечных результатов от реализации. Выбор количественных и качественных показателей социальной и экономической эффективности является одним из самых сложных моментов в БОР.

Ключевое значение показателей эффективности бюджетных расходов заключается в том, что эти показатели должны стать основой для оценки степени достижения намеченных целей, результативности и эффективности

реализации программы. Неправильный выбор показателей и их последующее использование может привести к неэффективным управленческим решениям.

Основные рекомендации по выбору показателей результативности бюджетных расходов:

- показатель должен соотноситься с целями и задачами исполнения программы;
- расчет показателя должен быть возможен на основе достоверной информации, полученной на регулярной основе;
- показатель не должен дублировать другие показатели;
- показатель должен быть удобным для расчетов, анализа и использования в отчетах;
- показатель должен быть понятен пользователям.

Примеры показателей результативности и эффективности приведены в таблице.

Таблица

Показатели результативности и эффективности бюджетных расходов, используемые при БОР

| Программа / услуга | Показатель продукта (прямого результата) | Показатель конечного (социального) результата | Показатель экономической эффективности |
|----------------------------------|---|--|--|
| Обучение в медицинском институте | Количество выпускников | Процент выпускников, доехавших к месту распределения и устроившихся после окончания института на работу по специальности | Отношение количества студентов к количеству преподавателей |
| Детская вакцинация | Количество детей, прошедших вакцинацию | Количество случаев заболеваний у детей | Издержки на 1 вакцинацию |
| Обеспечение ЗОЖ и содействие | Материнская смертность | снижение глобального коэффициента материнской смертности | коэффициент материнской смертности |

| Программа / услуга | Показатель продукта (прямого результата) | Показатель конечного (социального) результата | Показатель экономической эффективности |
|---|---|--|---|
| благополучию для всех в любом возрасте | | | (на 100 000 родившихся живыми) |
| Состояние кадровых ресурсов | Количество уволившихся | Текучесть кадров | Издержки на 1 увольнение |
| Состояние окружающей среды контролируемой территории | Число проб | Число исследованных проб, не отвечающих санитарным нормам и гигиеническим нормативам | Расходы на выполнение проб |
| Охрана труда и техника безопасности в учреждении. Пожары | Случаи тушения пожаров | Количество смертельных случаев на пожаре на 100 тыс. населения Количество получивших травмы на пожаре на 100 тыс. населения Ущерб от пожаров | Расходы на один случай тушения пожара |

Выбор того или иного варианта представления информации во многом зависит от общих задач учреждения, особенностей его организационной структуры и прочих факторов. Для каждого вида деятельности определяются соответствующие единицы измерения.

Таблица

Показатели результативности и эффективности, используемые при БОР

| Понятие | Определение | Примеры |
|------------------|---|--|
| Затраты (inputs) | Ресурсы, которые требуются для производства продукта (услуги), исполнения программы | Финансовые и материальные ресурсы, рабочее время |

| Понятие | Определение | Примеры |
|--|--|---|
| Продукт, выпуск, непосредственный результат, прямой результат (output) | Продукт, произведенный в течение отчетного периода, или услуга, предоставленная в течение отчетного периода, представляющие собой непосредственный результат произведенных затрат | Количество лиц, получивших услугу; Количество реализованных учебных программ |
| Результаты, конечные результаты, социальные результаты (outcomes) | Результаты, которые напрямую связаны с целями, задачами, общей миссией той или иной программы, выгода, польза предоставления услуги для ее получателя | Если количество пациентов, выписанных из психиатрических клиник представляет собой продукт (output), то количество выписанных пациентов, способных нормально самостоятельно существовать вне клиники, является результатом (outcome). Результаты могут являться финансовыми показателями, представленными в денежном выражении (например, величина ошибочно выплаченных социальных пособий). |
| Промежуточные результаты (intermediate outcomes) | <p>Результат, который, как предполагается, должен привести к определенному конечному результату</p> <p>Одна из причин деления результатов на промежуточные и конечные заключается в различной степени влияния государственных программ на результаты этих двух категорий: практически во всех случаях влияние на промежуточные</p> | <p>Например, в целях борьбы с безработицей государство может финансировать программу повышения квалификации, участие в которой является бесплатным и добровольным для ее участников. Для оценки эффективности реализации данной программы государство может организовать сдачу тестов, экзаменов для ее участников.</p> |

| Понятие | Определение | Примеры |
|---|---|--|
| | <p>результаты будет более ощутимым. Так, при реализации той или иной программы (в области образования, медицины и др.) государство оказывает помощь (финансовую и др.) гражданам не напрямую, а через министерства, ведомства, НКО. Результаты, которые являются целью государственной программы и реализуются в рамках этих организаций, можно считать промежуточными результатами. Влияние государственных программ на достижение этих результатов будет сильнее, чем на достижение конечных результатов, которые подвержены воздействию ряда внешних факторов (желание граждан пользоваться услугами в рамках реализуемой программы и др.)</p> | <p>Количество лиц, прошедших аттестацию будет являться промежуточным результатом программы.</p> <p>К отдельной категории промежуточных результатов принято относить показатели качества предоставленных услуг: своевременность, доступность (удобство расположения, графика работы и т.п.), учтивость персонала, точность, доступность и полнота информации об услугах, распространяемой среди потенциальных потребителей услуг, удовлетворенность потребителей отдельными характеристиками услуги и др.</p> |
| <p>Конечные результаты (end outcomes)</p> | <p>Результат, являющийся конечной задачей, целью, миссией программы, услуги</p> | <p>Сокращение числа пожаров, преступлений, случаев определенных заболеваний.</p> <p>В ряде случаев к конечным результатам можно также отнести степень удовлетворенности потребителей предоставленными услугами (например, в отношении организации культурного досуга населения, работы библиотек и т.п.)</p> |

| Понятие | Определение | Примеры |
|--|---|---|
| | | <p>Конечные результаты могут носить как краткосрочный, так и долгосрочный характер. Классическим примером является сфера образования. Так, реализация учебных программ может привести не только к повышению уровня образования или приобретению профессиональных навыков у студентов (краткосрочный конечный результат), но иметь и более долгосрочные последствия (трудоустройство, повышение оклада и т.д.)</p> |
| <p>Целевые установки (targets)</p> | <p>Определенные результаты, которых планируется достичь в ходе осуществления проекта. Они могут определяться в количественном, качественном и временном выражении</p> | <p>Сдача в установленные сроки 90% отчетов, не требующих исправления (output target); достижение 2% профицита бюджета (outcome target)</p> |
| <p>Эффективность, экономическая эффективность (efficiency)</p> | <p>Отношение величины затраченных ресурсов к величине полученного с помощью этих ресурсов продукта (output) или результата (outcome)</p> | <p>Себестоимость 1 койко-места в больнице</p> |
| <p>Продуктивность (productivity)</p> | <p>Отношение величины продукта (output) или результата (outcome) к величине затраченных ресурсов</p> | <p>Количество лиц, прошедших обучение по программе повышения квалификации или профессиональной переподготовки и после ее окончания устроившихся на работу, на единицу затрат (руб. или человеко-часов).</p> |
| <p>Социальная эффективность,</p> | <p>Достижение определенного конечного общественно</p> | <p>Увеличение доли абсолютно здоровых детей школьного</p> |

| Понятие | Определение | Примеры |
|--|--|--|
| общественная эффективность, результативность, конечная эффективность (effectiveness) | значимого результата в расчете на единицу затрат | возраста с 7 до 30%, увеличение занятости на 10%. |

Система организации бюджетного процесса на основе БОР дает возможность установления взаимосвязи между ожидаемыми результатами реализации программ и объемом требуемых для этого ресурсов, возможность оптимизации планирования деятельности. БОР позволяет лучше понять, какие цели ставит правительство, министерства, органы управления, насколько поставленные цели отвечают потребностям населения, в какой степени этих целей удастся достичь и какой ценой.

Для формирования бюджета на основе БОР расходы всех подразделений должны быть разбиты по видам деятельности, направленным на решение стоящих перед ними государственных задач. Для каждого вида деятельности разрабатывается программа. Программа содержит описание целей и задач, ресурсов, необходимых для их достижения, а также показателей результативности выполнения программы и процедур измерения этих показателей. Бюджетные заявки при БОР составляются в разрезе целей и программ.

Анализ затрат является важным инструментом определения расходных потребностей при БОР. Современные методики внедрения БОР рекомендуют производить расчет стоимости услуг на основе метода полных издержек. Существующая в современной практике система учета во многих случаях не отражает полной реальной экономической стоимости услуг. В частности, расчет стоимости услуг часто производится без учета амортизации основных фондов, административных и прочих расходов. Данная проблема особенно актуальна в отношении услуг здравоохранительной сферы, где значительная доля издержек предоставления услуги приходится на административные расходы.

БОР улучшает социальное планирование: во-первых, за счет роста экономической эффективности; во-вторых, конкретизируется направленность вложений, эффективно используются экономические ресурсы; в-третьих, становятся более качественными услуги для населения, поскольку выстраиваются четкие ориентиры для конечного потребителя.

БОР способствует повышению качества услуг для населения, учитывая ориентиры относительно конкретного потребителя

БОР является важным механизмом обеспечения надлежащего качества медицинской практики. При модели БОР финансируется не инфраструктура, а потребности населения в оказании медицинской помощи. При помощи инструментария БОР больничная организация рассчитывает, сколько средств ей необходимо, чтобы обеспечить полное и качественное выполнение объемов медицинской помощи по лечению запланированного числа случаев того или иного заболевания. Таким образом, стимулируется ее качество, доступность и эффективность. Пациент получает право выбора лечебного учреждения и более высокое качество помощи.

Оплата производится, во-первых, по факту оказания помощи, во-вторых, при условии, что ее качество соответствует установленным нормам. В случае некачественной медпомощи возможны санкции — от неполного возмещения учреждению расходов за лечение до невозмещения в целом. Это позволит контролировать медицинскую помощь на всех уровнях в тесной связи с финансированием, что в конечном итоге приведет к стимулированию организаций здравоохранения, к более качественному оказанию медицинской помощи, к конкуренции и борьбе за пациента. Таким образом, модель БОР является элементом управления качеством оказания медицинской помощи.

Предпосылки внедрения БОР в Беларуси.

Программно-целевой метод бюджетного планирования

В отечественном здравоохранении накоплен богатый опыт финансирования, ориентированного на результат (новый хозяйственный механизм; обязательное медицинское страхование; целевые программы), который лишь частично используется в целях создания бюджетов, отражающих взаимосвязь между бюджетными расходами и достигнутыми результатами.

Предпосылки внедрения БОР:

- недостаточная эффективность деятельности бюджетных учреждений;
- содержание сети бюджетных учреждений вне зависимости от объема и качества оказанных ими услуг;

- отсутствие стимулов к оптимизации и повышению эффективности деятельности, вызванное сметным финансированием;
- затратные механизмы в здравоохранении;
- большой объем неудовлетворенного спроса.

Основные изменения в статусе бюджетных учреждений:

1. Изменение механизмов финансового обеспечения – переход с бюджетной сметы на способы оплаты за законченный случай лечения заболевания.

2. Полученные доходы не являются доходами бюджета и остаются в распоряжении учреждения и должны направляться на достижение целей, ради которых учреждение создано.

3. Расширение самостоятельности по использованию средств, полученных из бюджета.

4. Отмена субсидиарной ответственности государства по обязательствам бюджетного учреждения.

5. Расширение прав по распоряжению движимым имуществом (за исключением особо ценного движимого имущества).

В Беларуси существуют условия и предпосылки для внедрения методологии БОР. Программно-целевой метод бюджетного планирования в стране используется уже с 1998 года, когда Правительством утвержден порядок разработки и выполнения государственных научно-технических программ. Целевые программы являются инструментом бюджетного планирования и прогнозирования. Под программно-целевым методом («подходом») понимают теоретические и научно-методические основы разработки и реализации целевых программ социального характера. Главное назначение программы состоит в том, чтобы сконцентрировать ресурсы на целевом решении наиболее приоритетных проблем. Важнейшим условием результативности программ является отбор доказано приоритетных проблем (задач), на которых стратегически необходимо сосредоточить силы и средства бюджета. Целевая программа - специально разработанный комплекс, выстроенных в определенной последовательности и согласованных по ресурсам, исполнителям и срокам исполнения.

Сущностными характеристиками целевых программ являются следующие компоненты:

- установление показателей финансирования в форме целевых индикаторов выполнения программы (количественная и качественная характеристика результатов деятельности);
- использование оценки эффективности реализации целевых программ (соотношение результатов и затрат);
- план-график реализации;
- соответствие целевой программы целям и задачам деятельности.

Международный опыт показал, что БОР имеет высокий потенциал и открывает большие возможности для повышения качества медицинской помощи и эффективности государственных расходов. Согласно Стратегии реформирования системы управления государственными финансами Республики Беларусь планируется, что БОР сместит акценты с управления бюджетными расходами на управление результатами за счет повышения ответственности и расширения самостоятельности участников бюджетного процесса в рамках четких среднесрочных ориентиров.

Внедрение бюджетирования, ориентированного на результат, находится в русле общемировых тенденций. В международной практике этот метод является одним из наиболее актуальных и востребованных направлений реформирования системы управления общественными финансами.

Определенные шаги по внедрению новой системы уже сделаны. На данный момент основным актом законодательства, регламентирующим процесс разработки, утверждения и исполнения программ в стране, является постановление Совета Министров Республики Беларусь от 31.03.2009 г. № 404 «Об утверждении Положения о порядке формирования, финансирования и контроля за выполнением государственных, региональных и отраслевых программ и признании утратившими силу отдельных постановлений Совета Министров Республики Беларусь». Комплексы мероприятий, необходимые для достижения запланированных целей, оформляются в виде программ.

Описание каждой программы включает:

- описание услуг, предоставляемых в рамках программы;
- группы потребителей этих услуг;
- целей и задач программы и способов их достижения;
- ожидаемых результатов (в количественных показателях выпуска и социально значимых результатов);
- методов оценки социальной и экономической эффективности программ.

В бюджет программы включаются все средства, необходимые для ее реализации в течение определенного периода времени. Бюджет должен покрывать все расходы по реализации программы, в том числе расходы, связанные с планированием, выполнением мероприятий по программе, управлением программой, мониторингом ее результатов.

При разработке плана мероприятий по программе определяются основные этапы достижения целей и, главное, организационные структуры (подведомственные органы и службы), отвечающие за осуществление каждой конкретной цели или задачи. Эти отдельные однородные услуги или схожие виды деятельности, ориентированные на решение конкретных задач, объединяются в целевые программы. Программой может называться специфический вид деятельности, функция или несколько видов деятельности, объединенных в одну функциональную группу. Выделение мероприятий в отдельный элемент планирования способствует повышению как ответственности сотрудников за результат, так и качества мониторинга промежуточных результатов (ежемесячно, ежеквартально) выполнения задач и программ. Основная задача на данном этапе - создание действенной системы количественных (измеримых) показателей деятельности, которые обеспечат возможность оценки эффективности бюджетных расходов.

При проведении оценки эффективности бюджетных расходов результаты функционирования делятся на прямые (непосредственные) и конечные. Под прямым результатом в этом случае понимается объем предоставляемых государством товаров/работ/услуг. К примеру, показателями непосредственных результатов являются такие, как количество пролеченных в соответствии с установленными стандартами пациентов и т.п. Показатели же конечных результатов отражают достижение социальных результатов в виде определенного уровня удовлетворения общественных потребностей (например, снижение смертности от отдельных заболеваний, увеличение продолжительности жизни, снижение случаев смертельного травматизма).

Достижение конечных результатов и есть цель государственной социально-экономической политики, а предоставление государственных услуг – ее инструмент. Такое разделение результатов придает новый смысл показателям социальной и экономической эффективности, позволяя их измерять количественно. Так, для измерения социальной эффективности бюджетных расходов достаточно сравнить намеченные и реальные конечные результаты (достижение определенного социального результата в расчете на

единицу затрат), а для измерения экономической эффективности – сравнить запланированный объем услуг с фактически предоставленным (объем выпуска на единицу затрат).

Измерение результатов деятельности получателей бюджетных средств осуществляется на основе показателей прямых результатов. При этом главные распорядители бюджетных средств несут ответственность за то, чтобы увеличение непосредственных результатов приводило к достижению конечных результатов, выражающих существующие в обществе приоритеты.

Целевые программы – обязательный компонент республиканского, региональных и местных бюджетов, предусмотренный классификацией бюджетных расходов. Из бюджетов всех уровней могут финансироваться целевые инвестиционные программы, программы решения отдельных приоритетных проблем социального, экологического, отраслевого и т.п. характера, а также программы развития отдельных территорий.

Государственные целевые программы предназначены для решения важных отраслевых или межрегиональных проблем. В 2022 году в Республике Беларусь реализуется 30 государственных программ социально-экономической направленности.

Наиболее значимые Государственные программы:

- Государственная программа «Здоровье народа и демографическая безопасность» на 2021–2025 годы. Постановление Совета Министров Республики Беларусь 19 января 2021 г. № 28.

- Государственная программа «Рынок труда и содействие занятости» на 2021–2025 годы. Постановление Совета Министров Республики Беларусь 30 декабря 2020 г. № 777.

- Государственная программа «Управление государственными финансами и регулирование финансового рынка» на 2020 год и на период до 2025 года (в ред. пост. СМ РБ от 31.12.2020 № 800, от 26.11.2021 № 675).

Решение о разработке целевой программы принимается постановлением Правительства, и после того как программа подготовлена, она утверждается новым постановлением Правительства. Целевая программа включает описание проблемы, основные цели и задачи программы, этапы программы, перечень мер в рамках программы, гарантии в отношении качества, механизм реализации, управления программой и контроля за ней, анализ эффективности, экологическую и иную экспертизу и источники финансирования. Помимо финансирования за счет средств государственного бюджета, программы предусматривают финансирование из других

источников (органы управления регионального или местного уровня и (или) частные инвесторы), так что финансирование за счет средств государственного бюджета в среднем составляет всего 10% от общей суммы затрат, в то время как доля участия регионального бюджета в среднем еще ниже 5%. Программы регионального развития представляют собой разновидность государственных целевых программ, реализуемых в конкретных регионах.

Последовательность разработки и реализации программ:

1. Решение о разработке программы;
2. Идея программы;
3. Разработка проекта программы;
4. Разработка паспорта программы;
5. Характеристика основных мероприятий программы;
6. План мониторинга результативности программы;
7. Анализ результативности программы.

Под **результативностью** понимается степень достижения планируемых результатов: конечного (при оценке реализации всей программы) и непосредственного (при реализации одного или нескольких этапов программы). Под **эффективностью** программы понимается соотношение результата мероприятий всей программы и затрат, обусловивших данный результат.

Принципиально важным является вопрос о повышении эффективности процедур мониторинга, логическим завершением которых должно быть рассмотрение причин и возможных правовых последствий недостижения показателей результативности. Совершенствование процедуры мониторинга результативности бюджетных расходов целесообразно осуществлять по следующим направлениям:

- повышение уровня подготовки персонала;
- повышение степени проработанности программ;
- выстраивания многоуровневой системы контроля.

Принципиальное значение имеет последнее направление. Планируемые параметры выстраивания многоуровневой системы контроля состоят в следующих мерах.

Финансирование по результату должно быть синхронизировано с усилением контроля над объемами и качеством предоставляемых услуг. Главными распорядителями бюджетных средств должен осуществляться регулярный мониторинг бюджетных учреждений на предмет выполнения

плановых объемов предоставления услуг и корректировки объемов финансирования в случае их невыполнения или перевыполнения. Это позволит реализовать основное преимущество финансирования по результату – обеспечить связь объемов финансирования с объемами оказываемых учреждениями услуг.

Важно чтобы контроль за использованием бюджетных средств постепенно смещался с внешнего контроля за целевым использованием выделенных средств к внутреннему контролю за эффективностью их расходов. Оценки социальной и экономической эффективности программной деятельности должны использоваться при планировании расходов на следующий бюджетный год. В пользу необходимости совершенствования системы мониторинга результатов внедрения БОР свидетельствует и то, что ежегодный расчет эффективности деятельности СБП позволяет критически осмыслить сложившиеся направления расходования средств и отказаться от тех видов расходов, которые осуществляются «по инерции», без надлежащего социально-экономического обоснования их объективной необходимости.

ПЦМ позволяет реализовать поставленные цели и задачи в рамках определенной государственной и местной политики путем разработки отдельных бюджетных программ. При планировании и исполнении бюджета необходимо применять результативные показатели, описывающие эффект от проведенных мероприятий. Основания для введения таких показателей в Беларуси уже созданы. Так, по данным Национального статистического комитета Республики Беларусь существует достаточно большое количество показателей, распределенных по половому признаку, основным демографическим группам, которые можно использовать при планировании и мониторинге государственной стратегии решения вопросов в здравоохранении.

Государственный бюджет является финансовым планом страны, состоящий из доходной и расходной части. Аккумулированные финансовые ресурсы в бюджет расходуются на обеспечение различных потребностей государства. Рациональное планирование бюджетных ресурсов влияет на социально-экономическое развитие страны. Программно-целевой метод – это один из инструментов планирования бюджета, являющийся эффективным способом решения серьезных проблем государственного уровня. Применение программно-целевого метода связано с разработкой и реализацией целевых комплексных программ. Пандемия, обострение государственных проблем,

требующих для решения проведение комплекса взаимосвязанных мероприятий и использования разнообразных ресурсных источников, определяет потенциал в расширении программно-целевого метода, что подтверждается отечественным и зарубежным опытом.

Вопросы эффективного планирования государственных расходов, соответствующего возможностям государства, являются одними из приоритетных направлений в Республике Беларусь. Построение бюджета требует аналитического и научно обоснованного стратегического аргументирования. На этапе составления программных документов, направленных на качественное развитие целесообразно проводить оценку эффективности затрат. Анализ всевозможных вариантов расходования бюджетных ресурсов на выполнение медико-социальных задач содействует выбору наиболее эффективного варианта выполнения задачи с наименьшими затратами. Таким образом, на этапе создания программного документа, должен быть найден, не выделяя частностей, показатель оценки эффекта бюджетных расходов путем соотношения полученного результата с затрачиваемыми ресурсами. Показатели эффективности должны содержаться в материалах, представляемых одновременно с проектом программного документа. Для эффективного и экономного планирования бюджетных расходов могут быть разработаны специальные методы измерения эффективности по каждой статье классификации расходов.

Расширение программно-целевого планирования расходов, посредством разработки программных документов, направленных на повышение качественного уровня услуг здравоохранения, обеспечит эффективное и рациональное расходование бюджетных средств. Значительный удельный вес расходов на текущее содержание в структуре бюджета определяет наличие потенциала в совершенствовании соответствующей методологии ПЦМ планирования расходов. В качестве методологической основы применения ПЦМ в рамках программного документа, направленного на повышение качественного уровня медицинского продукта, может выступать система показателей, отражающих результативность.

Как свидетельствует зарубежный и отечественным опыт, добиться повышения эффективности расходования бюджетных средств можно посредством расширения применения ПЦМ при планировании бюджета.

Программная классификация расходов бюджета - группировка расходов бюджета по бюджетным программам и подпрограммам.

Она имеет два уровня:

- бюджетные программы, утвержденные в установленном порядке;
- подпрограммы, детализирующие расходы в рамках бюджетных программ.

Код программной классификации состоит из пяти знаков, из них три символизируют программу, а два — подпрограмму (при отсутствии подпрограммы используется нулевая позиция "00"). Классификация данного вида применяется при составлении, рассмотрении, утверждении и исполнении не только бюджетов (республиканского, местных, а также бюджетов государственных внебюджетных фондов), но и отчетов об их исполнении. Кроме того, ею пользуются при составлении смет доходов и расходов внебюджетных средств бюджетных организаций и отчетности по ним. Министерство финансов может производить детализацию расходов бюджета в пределах подпрограмм. Программная классификация применяется в случае составления бюджетов по ПЦМ.

На практике применяются следующие методы планирования государственных расходов:

- относительно показателя ВВП страны, т. е. в процентах от ВВП;
- в процентах от общего объема расходов бюджета;
- по нормативам бюджетной обеспеченности (или нормативам бюджетного финансирования);
- по правилам сметно-бюджетного планирования в разрезе экономической классификации расходов бюджета;
- программно-целевой метод.

Основу для формирования расходов бюджета составляют государственные минимальные социальные стандарты.

С 1 января 2021 г. в Беларуси начала действовать новая система государственных социальных стандартов. Данное решение закреплено постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 14 декабря 2020 г. № 720.

Государственные социальные стандарты по обслуживанию населения республики:

- являются обязательными для использования в организациях всех форм собственности;
- используются при формировании республиканского и местных бюджетов, а также государственных внебюджетных фондов и реализуются в пределах выделяемых на эти цели средств;

- установленные в денежном выражении ежегодно с учетом средств, предусматриваемых законом о бюджете Республики Беларусь на очередной финансовый год, пересматриваются республиканскими органами государственного управления, облисполкомами и Минским горисполкомом и утверждаются в установленном порядке;

- используются при создании социальной инфраструктуры в агрогородках, формируемых в соответствии с Государственной программой возрождения и развития села.

Система государственных социальных стандартов по обслуживанию населения республики включает в себя стандарты и нормативы обслуживания в следующих сферах:

- ЖКХ;
- культура;
- связь;
- транспорт;
- социальное обслуживание;
- здравоохранение;
- торговля, общественное питание и бытовое обслуживание;
- физическая культура и спорт.

Данным постановлением в стране внедрены 6 социальных стандартов в области здравоохранения (норматив бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя и нормативы обеспеченности врачами первичного звена, койками, аптеками, бригадами скорой медицинской помощи и автотранспортом).

Бюджетные программы – это программы, финансирование которых предусмотрено (полностью или частично) за счет средств республиканского и местных бюджетов. Они обеспечивают внедрение в бюджетный процесс программно-целевого метода и включают комплекс мероприятий (заданий), увязанных по ресурсам, исполнителям и срокам выполнения, который обеспечивает реализацию поставленных программой задач для достижения цели программы.

Не существует единой модели программного бюджетирования. Каждая страна реализует программно-целевой подход в планировании и исполнении бюджета по-своему. Общим является то, что смена модели представляет собой длительный и сложный по количеству затрагиваемых аспектов процесс.

Клинико-затратные группы (КЗГ) как один из инструментов внедрения БОР. Планирование расходов бюджета здравоохранения по системе КЗГ

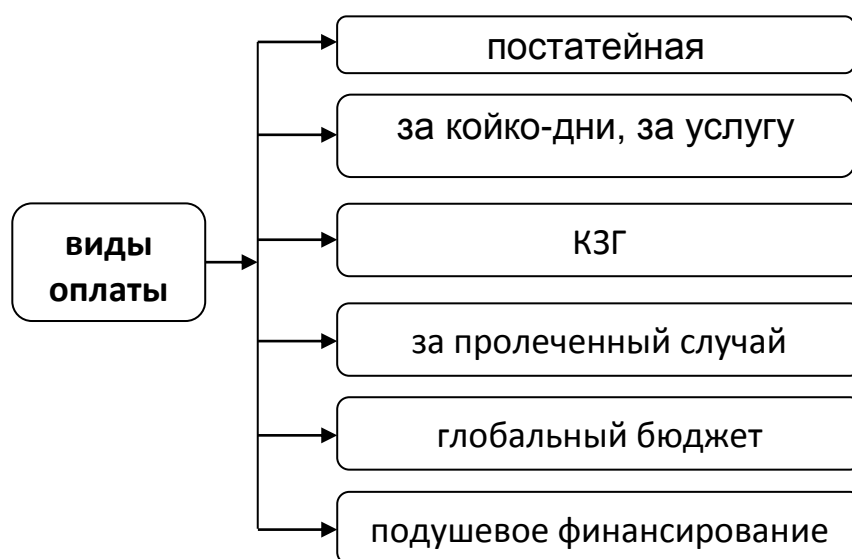


Рис.5. Системы оплаты здравоохранения

Данные методики являются фундаментальной основой для разработки систем бюджетирования. Бюджетирование представляет одну из важнейших функций управления в ОЗ. Бюджетирование – процесс определения действий, которые должны быть выполнены для использования ресурсов и получения доходов.

Работа по финансовому бюджетированию организаций здравоохранения основывается на общей системе бюджетов разных уровней и предполагает ряд мероприятий по контролю, оценке и адресности финансовых вложений. Бюджетирование помогает сформировать годовой план по прибыли, а также обеспечивает план оперативной деятельности, рассчитываемый в рамках месяца. Задачи бюджетирования состоят в том, чтобы повысить качество бюджетных услуг при одновременной экономии бюджетных средств, предупредить угрозы деятельности учреждений и принять правильные и своевременные управленческие решения.

Основным инструментом бюджетного планирования и прогнозирования отечественной бюджетной системы до недавнего времени был нормативный метод, ориентированный в основном на анализе затрат и целевой характер использования бюджетных средств. Применение сметного планирования не предполагает анализа эффективности финансирования того или иного направления в силу отсутствия целостной системы оценки результативности и эффективности бюджетных расходов, а также

характеризуется низким уровнем ответственности и инициативности нижних звеньев, отсутствием их объективной заинтересованности в экономии средств бюджета. Сметное финансирование бюджетного учреждения реализует принцип содержания, а не оплаты конечного результата.

Таблица

Анализ подходов к оценке стоимости медицинских услуг

| Наименование | Подход к оценке | Итоги применения |
|---|--|--|
| Подход с распределением планируемых затрат | Разделение затрат финансового характера по видам помощи (посещения пациентов, койко-дни) | Планирование не всегда отражает реальную ситуацию по затратам, возникают сложности с оценкой затрат высокотехнологичных медицинских услуг |
| Подход с пошаговым распределением затрат | Дифференциация всех направлений деятельности учреждения на затратные и доходные (вспомогательные и основные) | Сложности с оценкой затрат на лечение конкретного пациента, отрицательно проявляется усредненность подхода. Зачастую за доходными направлениями закрепляется бОльшая часть расходов |
| Подход с использованием позаказного расчёта, распределения расходов и калькулирования | Дифференциация расходов на прямые и косвенные. Общий коэффициент распределяет косвенные расходы в пропорции к прямым | Для каждого заказа требуется наличие отчетности, в которой отражаются прямые и косвенные расходы. Итогом распределения последних может стать значительное отклонение от показателей по коммунальным и хозяйственным статьям расходов |

Анализ существующих подходов к оценке стоимости медицинских услуг позволяет выделить ряд существенных недостатков:

- расчетная стоимость услуги не включает в себя технологию проведения операции;
- невозможно провести анализ с учётом цены лекарства или использованием расходных элементов современного типа, применяемых в процессе лечения заболеваний сложного характера;

- использование прямого метода и пропорционального соотношения прямых и косвенных расходов выявляет отклонение от реальных затрат.

Указанные недостатки приводят к выводу о необходимости формирования нового подхода, который бы позволил проводить расчёты с использованием признанных **объемных показателей** (посещение пациента, исследование, койко-день и т. д.), а также определять затраты учреждения в целях полного возмещения по всем показателям расходов.

Чтобы реализовать заявленный подход, требуется:

- наличие точной информации о расходах учреждения (проведение сбора и структурирование сведений);
- формирование методики расчета стоимости услуги, которая бы обеспечивала учет затрат в рамках калькуляционных статей.

Анализ зарубежного опыта в области финансирования деятельности учреждений здравоохранения показывает сильные и слабые стороны методик бюджетирования. Методики бюджетирования, используемые в сфере охраны здоровья, разнообразны, специфичны, ориентированы на конвенциональные системы управления стран (табл.).

Недостаточное финансовое обеспечение государственной системы здравоохранения во многих странах из-за использования высокотехнологичных и дорогостоящих методов лечения, привело к использованию новых механизмов планирования и распределения финансовых ресурсов. Одним из таких механизмов является активно реализуемая DRG-модель классификации случаев стационарного лечения.

Терминология

Международный термин: **DRG** - Diagnostic Related Group

Переводы на русский язык:

КЗГ - Клинико-Затратные Группы

КСГ - Клинико-Статистические группы

ДСГ - Диагностически-Связанные Группы

ДРГ – Диагностически-Родственные группы

DRG-модель строится на допущении о том, что ресурсное обеспечение лечения пациентов, принадлежащих к одной группе, тождественно. Основой методики является клиническая классификация случаев госпитализации и

система кодификаторов. Классификаторы системы DRG учитывают код диагноза, вмешательства, наличие осложнений и сопутствующих заболеваний.

Таблица

Методики бюджетирования в здравоохранении

| Методики | Сущность | Страна реализации |
|------------------------------------|--|---|
| КСГ Клинико-статистические группы | Справедливая методика оплаты: за результат, а не за ресурсы. Унификация методов оплаты за оказанную медицинскую помощь | Россия, Австралия, Канада, Испания, Португалия, Франция, Великобритания |
| DRG Клинико-затратные группы | Возмещение затрат, определение бюджета, планирование | Германия, США, Австралия, Скандинавские страны, Германия, Швейцария |
| CMG (Case Mix Group) | Инструмент сбора данных управляет платежом | Канада |
| HRGs (Health Care Resource Groups) | Группа ресурсов здравоохранения | Великобритания |

Система КСГ сформирована более 40 лет назад в США для поддержания и повышения качества помощи в учреждениях здравоохранения. Методика КСГ интенсивно развивается во многих странах мира. Ее цель – внедрить справедливую процедуру оплаты: за результат, а не за ресурсы (большая оплата за больший объем работы и более сложные случаи) и унифицировать методы оплаты за оказанную медицинскую помощь. Во всех странах освоение методики КСГ как основы для бюджетирования, происходит постепенно и специфично.

Основные цели внедрения КЗГ:

- повышение прозрачности измерения результатов работы стационаров;
- создание унифицированной основы для сравнения деятельности и расходов различных организаций здравоохранения;
- повышение справедливости системы финансирования стационаров;
- повышение эффективности и качества оказания медицинской помощи;
- обеспечение сдерживания затрат;

- стимулирование внедрения более эффективных инновационных медицинских технологий.

DRG система имеет свои **недостатки и риски**. Основанная на DRG модель оплаты не является очень прозрачным механизмом контроля за расходами для руководителей и местных регулирующих органов, а контроль за ресурсами, расходами и качеством больниц является недостаточным и неудовлетворительным. Хотя платежная система на основе DRG может повысить эффективность и прозрачность в учреждениях здравоохранения, она также содержит определенные риски. Организованная на DRG платежная система создала некоторые проблемы в контроле объема больничной деятельности и уровня соответствующего ухода.

Этот метод критикуют за то, что врачи получают достаточно широкие возможности для манипуляции диагнозами, относя пациентов к более дорогим финансовым группам. Это требует контроля со стороны финансирующих органов, а также постоянной корректировки системы классификации лечебно-диагностического процесса в связи с развитием новых технологий и изменением цен на необходимые медикаменты, изделия медицинского назначения и оборудование.

Большинство стран с низким и средним уровнем дохода используют методику DRG на основе платежей или как основу для перспективного бюджетирования. Одним из вариантов применения смешанных групп P1x (CMG) является версия системы диагностической группы (DRG), была впервые введена в 1983 году в Канаде. Эта система адресует пациентов с выпиской в одну из примерно 600 ресурсных групп с 25 основными клиническими категориями на основе наиболее точного диагноза. При помощи этой методологии пациенты с аналогичной стоимостью и продолжительностью пребывания в больнице (LOS) группируются путем выделения сложных условий, которые были статистически связаны с более высокой стоимостью. Одной из современных разработок является группа Case Mix + (CMG+), введенная Канадским институтом медицинской информации в 2007 году. Она заменила прежнюю систему CMG.

В настоящее время одним из самых современных и популярных во всем мире методов планирования бюджетных расходов на оказание медицинской помощи является система клинико-затратных групп. Она считается оптимальной, объединяющей элементы бюджетной и страховой медицины. КЗГ - это классификация стационарных случаев в клинически однородные и сходные по средней ресурсоемкости группы. Под

ресурсоемкостью понимается не только близкая средняя стоимость, но также близкая структура затрат и набор используемых клинических ресурсов.

Система КЗГ - это система оплаты медицинской помощи в стационарных условиях, основанная на классификации (присвоении кода случаю лечения), которая учитывает диагноз, выполненное вмешательство, возраст и сопутствующие заболевания, стоимость и другие факторы, влияющие на затраты.



Модель КЗГ является эффективным инструментом бюджетирования и управления качеством оказания медицинской помощи.

Цели внедрения системы планирования расходов бюджета здравоохранения по модели КЗГ, преимущества и риски, перспектива.

Опыт оплаты по КЗГ в зарубежных странах

Рост расходов на здравоохранение – тенденция, характерная для всех стран. Темпы роста расходов на здравоохранение во многих развитых странах в последние 30 лет опережают рост ВВП, подвергая возрастающей нагрузке государственные бюджеты. Страны последние десятилетия вынуждены активно проводить реформы в области здравоохранения. Общие черты могут быть объединены в следующие основные направления: первое –

это сдерживание темпа роста расходов на здравоохранение. Учитывая, что экономический рост даже в развитых странах замедлился вследствие экономического кризиса, COVID-19, данное направление стало наиболее актуальным. Второе направление – это предоставление одинакового доступа к медицинской помощи для всех групп граждан, и третье – это проведение микроэкономических реформ. Виды проводимых реформ варьируются в зависимости от страны. Однако во всех случаях, когда избыток услуг является причиной неэффективности, применяются меры по изменению мотивации для провайдеров (поставщиков медицинских услуг) – например, изменение способа оплаты. В основе изменения способа оплаты больничной помощи на основе групповых экономических стандартов в зарубежных странах лежит идея, общая для всех классификаторов – объединить большое количество уникальных элементов (в данном случае пролеченные в стационаре случаи) в ограниченные по количеству группы с определенными схожими чертами. Главное преимущество такого подхода заключается в том, что он позволяет проводить анализ, который было бы невозможно осуществить при других условиях: например, сравнение расходов (стоимости), эффективности и качества. Как альтернатива оплате фактических расходов по государственной программе Medicare (страхование лиц пожилого возраста) метод групповых экономических стандартов медицинской помощи был впервые внедрен в США в 1983 году. Исходной медико-экономической базой стали 467 клинико-статистических групп. В качестве критериев их выделения выбраны, во-первых, однородность заболеваний и однотипность лечебно-диагностических процедур, во-вторых, однородность объемов и состава использованных при лечении ресурсов.

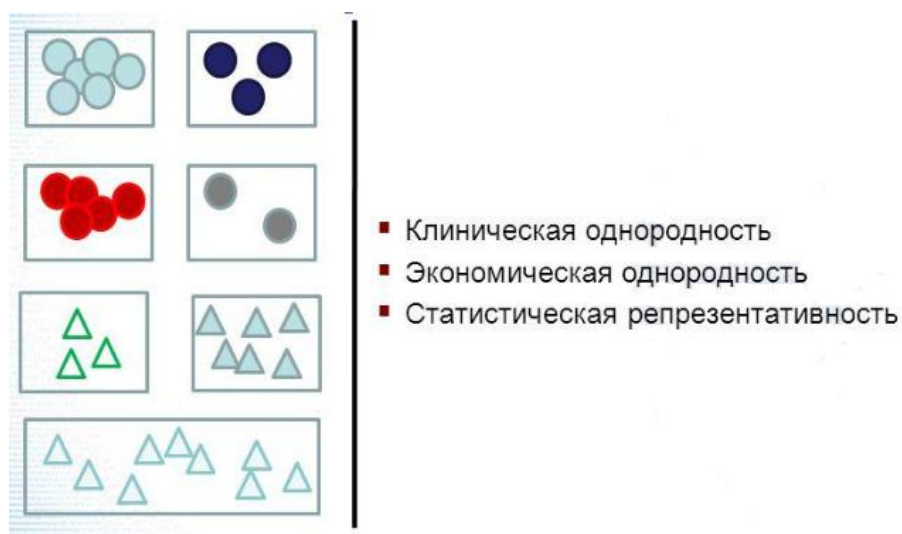


Рис. 7. Требования к КСГ

Первоначальной целью применения этого метода было снижение стимулов для оказания «избыточного» количества медицинских услуг. Впоследствии во многих странах (например, в Великобритании и Дании) основной задачей стало создание системы финансирования, в которой «деньги следуют за пациентом», что должно было способствовать скорейшему внедрению такого направления реформирования здравоохранения, как увеличение свободы выбора поставщика медицинских услуг для пациентов. Каждая КСГ имеет ряд стандартных параметров, таких как сроки лечения (средний и предельный) и относительная стоимость. Кроме того, стандартные параметры зачастую корректируются с учетом атипичных случаев лечения (сложность курации пациента) (в среднем до 6 % всей стационарной медицинской помощи). Например, в ряде стран учитываются возрастные группы (от 0 до 17 лет и 70 лет и старше), а также уровень сложности лечения пациентов, связанной с наличием сочетанных заболеваний, опасных для жизни состояний, осложнениями заболеваний, с созданием в отдельных случаях по медицинским показаниям особых условий наблюдения за пациентом. Размер финансовых средств, выплачиваемых больнице за каждого пациента, является произведением двух величин: стандартизированной суммы в пересчете на один случай госпитализации и относительного поправочного коэффициента, присваиваемого данной КСГ. Чем выше значение поправочного коэффициента, тем больше размер платежа. После десятилетних постепенных модификаций системы КСГ программа Medicare в 2007 году увеличила количество КСГ от 538 до 745 Medicare Severity DRG, включив версии КСГ, применяемые в коммерческом секторе здравоохранения. После одобрения конгрессом США системы диагностически связанных групп как метода оплаты стационарам за пролеченных пациентов, схожие механизмы оплаты за оказанную стационарную помощь стали постепенно внедряться в большинстве индустриально развитых стран. Однако причины внедрения, а также характерные черты групповых экономических стандартов медицинской помощи в каждой стране значительно отличаются друг от друга. Различны и их названия. В США и Германии - это DRG (Dignosis-Related Group), в Канаде CMG (CaseMixGroup), в Великобритании - HealthCareResourceGroups (HRGs). Как показали исследования, в результате введения в Германии системы DRG произошло сокращение расходов на стационарное лечение до 40%. В то же время значительно увеличились расходы на амбулаторное лечение. С момента введения DRG в 2003 году, время пребывания пациентов

в больнице уменьшилось с 8,9 до 8,0 дней к 2009 году. Основными причинами с одной стороны, являются совершенствование медицинских технологий и внедрение новых методов лечения, с другой - использование новых форм финансирования больниц и передачи части составляющих лечебного процесса в амбулаторный сектор. Одновременно количество пролеченных пациентов возросло к 2009 году с 17 296 000 до 17 809 000, а число больниц за тот же период уменьшилось с 21970 до 20809.

Системы здравоохранения выполняют важную функцию социальной защиты. Они снижают как риски в области здоровья, так и финансовые риски, внося существенный вклад в социальное и экономическое благосостояние. Реализация стратегии изменения подходов к планированию расходов бюджета здравоохранения в Республике Беларусь будет способствовать прогрессу в достижении Целей устойчивого развития (набор из 17 взаимосвязанных целей).

Здравоохранение является одной из динамично развивающихся отраслей. Для внедрения новых методов диагностики и лечения необходимы новое оборудование и условия, что обуславливает актуальность вопросов совершенствования экономических методов управления финансами в области здравоохранения.

При любой модели финансирования система оплаты медицинской помощи - это, прежде всего, механизм обеспечения эффективности системы здравоохранения и ограничения роста затрат. Помимо общих требований социальной справедливости и эффективности, к системе оплаты медицинской помощи предъявляются требования устойчивости, универсальности, единства единиц оплаты, учета и отчетности. Кроме того, система оплаты должна носить противозатратный характер, быть предсказуемой по текущим затратам, обеспечивать стимулы к ресурсосбережению, сочетаемость применяемых методов оплаты, иметь минимальные расходы на ведение дела и, наконец, быть применимой для конкретной существующей модели финансирования здравоохранения в конкретных условиях.

В настоящее время одним из самых современных и популярных во всем мире методов планирования бюджетных расходов на оказание медицинской помощи является система КЗГ. КЗГ - это система стоимостных классификаций схожих групп заболеваний, с помощью которой больничная организация рассчитывает, сколько средств ей необходимо, чтобы обеспечить полное и качественное выполнение взятых на себя обязательств

по лечению запланированного числа случаев того или иного заболевания. Система КЗГ считается оптимальной, объединяющей элементы бюджетной и страховой медицины. Финансирование ОЗ на основе клинико-затратных групп (клинико-экономических стандартов) позволяет более рационально использовать потенциал лечебных учреждений, сдерживать стремительный рост затрат на оказание медицинской, в том числе дорогостоящей медицинской помощи. Переход на новые механизмы финансирования здравоохранения на основе КЗГ позволит обеспечить более эффективное распределение и использование выделяемых отрасли бюджетных финансовых средств, а также выведет на новый уровень контроль качества оказываемой населению медпомощи.

При поддержке Всемирного Банка (КРWF) с 2020 года в Беларуси начата реализация пилотного проекта по поэтапному внедрению системы клинико-затратных групп при оказании медпомощи в стационарных условиях (постановление Совета Министров № 902 от 24.12.2019). Цель проекта: укрепление стратегической функции Министерства здравоохранения по планированию и возмещению расходов на здравоохранение и его способности более эффективно реагировать на растущее бремя неинфекционных заболеваний. Пилотный проект по клинико-затратным группам реализован на базе десяти организаций здравоохранения Гродненской области.

Переход на новые механизмы финансирования здравоохранения на основе КЗГ позволит обеспечить более эффективное распределение и использование выделяемых отрасли бюджетных финансовых средств, а также выведет на новый уровень контроль качества оказываемой населению медпомощи.

Основные направления работы по внедрению системы КЗГ:

- совершенствование экономических методов управления финансами в области здравоохранения;
- организация поэтапного перехода на порядок планирования расходов бюджета, основанном на использовании нормативов расходов на одного пациента в стационарных условиях применительно к клинико-затратным группам;
- проведение мониторинга и оценка эффективности порядка планирования, основанного на использовании нормативов расходов на одного пациента в стационарных условиях, применительно к клинико-затратным группам;

- анализ и изучение подходов ценообразования на лекарственные средства, медицинскую технику и изделия медицинского назначения в странах ближнего и дальнего зарубежья и по Республике Беларусь.

Состав данных для формирования КЗГ:

1. Идентификационный номер случая.
2. Пол пациента.
3. Длительность пребывания (в днях).
4. Исход случая (выписка / перевод / смерть).
5. Диагноз по МКБ-10 (основной и дополнительные).
6. Код NCSP-B (основной и дополнительные).

Преимущества и риски внедрения КЗГ:

- Снижение затрат в расчете на пациента

Сокращение продолжительности пребывания в стационаре

+оптимизация внутрибольничных потоков пациентов;

-необоснованное раннее выписывание пациентов

Сокращение интенсивности предоставляемой помощи

+исключение оказания услуг без необходимости;

+использование эффективного комплекса мер/ресурсов (труд/ капитал);

-непредоставление необходимых услуг («урезание»)

Отбор пациентов

+специализация на лечении определенных категорий пациентов;

-перевод в другие больницы или попытки «избегать» высокочрезвычайных пациентов (отказ от невыгодных пациентов или «снятие сливок»).

- Повышение доходов в расчете на одного пациента

Изменение методов кодирования

+совершенствование кодирования диагнозов и процедур;

-незаконное перекодирование пациентов (замена на более «дорогой» код).

Изменение структуры пациентов

+повышение качества медицинской практики с предоставлением всех необходимых услуг;

-предоставление услуг, которое ведет к отнесению пациентов к более высокооплачиваемым КЗГ (манипуляция кодами/ предоставление ненужных лечебных услуг).

- Рост числа случаев госпитализаций пациентов

Изменение правил госпитализации

+сокращение листов ожидания;

-разделение эпизодов медицинской помощи на многократные случаи госпитализации;

-госпитализация пациентов для оказания ненужных медицинских услуг (вынужденный спрос, искусственно создаваемый поставщиком)

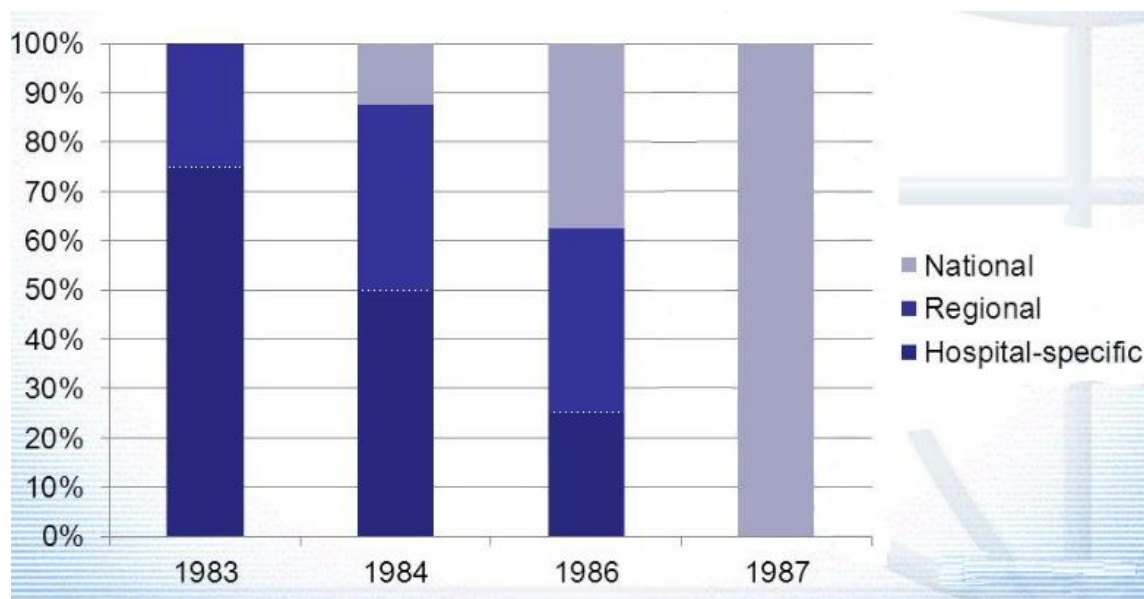
Улучшение репутации больницы

+повышение качества услуг;

+определение рейтинга больниц.

Метод КЗГ разработан в Йельском университете в 70-х годах XX века как инструмент оценки эффективности работы стационаров. В последующем, метод получил широкое распространение не только для оценки работы стационаров, но и для финансирования.

Хронология перехода на общенациональные тарифы в США в системе Medicare на базе DRG



Система КЗГ внедрена с 1984 года в Португалии, с 1991-го — во Франции, с 1992-го — в Англии, с 1995-го — в Финляндии и Швеции, с 2003-го — в Германии и Эстонии, с 2005-го — в Нидерландах, с 2008 года — в Польше. Сейчас ее используют в большинстве стран ЕС.

В Великобритании, Канаде, США компенсация затрат медицинскому учреждению при госпитализации основана на присвоении случаю кода, учитывающего диагноз, выполненное вмешательство, возраст пациента и сопутствующие заболевания, которые могут осложнить течение болезни. В США - это DRG (Diagnosis-Related Group), в Канаде - CMG (Case Mix Group),

в Великобритании - HealthCare Resource Groups (HRGs). Общим для DRG, CMG, HRG является то, что они разрабатывались на основе клинико-экономического анализа большого числа реальных случаев лечения. Стоимость лечения складывалась отдельно из расходов (прямых затрат) на обычное и интенсивное лечение, а также затрат на так называемые гостиничные услуги. В стоимость не включаются капитальные затраты и расходы на повышение квалификации персонала.

Сбор экономической информации: учет затрат

| Страны | Кол-во (доля) больниц, ведущих учет затрат | Распределение накладных расходов | Распределение косвенных затрат | Распределение прямых затрат | Проверка сообщаемых данных о затратах |
|------------------|--|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|
| Австрия | 20 опорных больниц (ок. 8% всех больниц) | В зависимости от больницы | В зависимости от больницы | В основном макроучет | Региональный орган, регулярно |
| Англия | Все больницы | Прямой метод | Средневзвешенная статистика | Микроучет сверху вниз | Национальный орган, ежегодно |
| Эстония | Больницы, заключившие договора с национ. фондом мед. страхования | Прямой метод | В основном процентная надбавка | В основном микроучет сверху вниз | Национальный орган, ежегодно |
| Финляндия | 5 опорных больниц, соблюдающих определенные стандарты учета затрат (ок. 30% специализ. помощи) | Прямой метод | Средневзвешенная статистика | Микроучет снизу вверх | нет (ответственность несут больницы) |

| | | | | | |
|-------------------|--|---|------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| Франция | 99 больниц, добровольно участвующих в базе данных о стационарах ENCC (ок. 13% госпитализаций) | Метод последовательн. отнесения затрат | Средне взвешенная статистика | В основном микроучет сверху вниз | Региональный орган, ежегодно |
| Германия | порядка 225 больниц, добровольно соблюдающих стандарты учета InEK (ок. 13% всех больниц) | Преимущество метод последовательн. отнесения затрат | Средне взвешенная статистика | Микроучет снизу вверх | Национальный орган, ежегодно |
| Нидерланды | Использование ресурсов: все больницы; стоимость единицы: добровольно участвующих больниц общего профиля (ок. 24% всех больниц) | Прямой метод | Средне взвешенная статистика | Микроучет снизу вверх | Национальный орган, ежегодно |
| Швеция | Больницы, ведущие учет затрат по законч. случаю (ок. 62% госпитализаций) | Прямой метод | Средне взвешенная статистика | Микроучет снизу вверх | Нац. и регион. органы, ежегодно |

При системе КЗГ расходы бюджета планируются исходя из возмещения затрат за каждый случай оказания медицинской помощи - деньги идут за пациентом. Больницы и поликлиники заинтересованы, чтобы как можно больше людей обратилось именно к ним. То есть финансироваться будет не инфраструктура, а потребности населения в оказании медицинской помощи. Таким образом, будет стимулироваться ее качество, доступность и эффективность. Пациент получит право выбора лечебного учреждения и более высокое качество помощи.

Переход с 2023 года на новые механизмы финансирования здравоохранения на основе КЗГ позволит обеспечить более эффективное распределение и использование выделяемых отрасли бюджетных финансовых средств, а также выведет на новый уровень контроль качества оказываемой населению медпомощи.

В настоящий момент объем финансирования отрасли рассчитывается на основании минимального норматива бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя (его размер составил в 2020 году 660,5 рубля, в 2021 году - 760,31 рубля, в 2022 году - 895,77 рубля). При этом объеме средств населению оказываются все виды помощи: первичная, специализированная, высокотехнологичная, медико-социальная и паллиативная. Основной недостаток в том, что планирование здравоохранения в целом и разработка бюджета в частности традиционно строится «от достигнутого» (от показателей предыдущего года планируется определенный прирост по статьям бюджета), без полного учета результатов работы учреждений здравоохранения. Средства равномерно распределяются по стране, и в итоге государство финансирует все организации без учета эффективности. Поэтому между медучреждениями нет конкуренции — они знают, что получают финансирование в любом случае и им не нужно для этого поднимать свой уровень. Также нет и конкуренции между врачами, их зарплата напрямую не зависит от уровня профессионализма и количества пациентов. Каких-либо мотивирующих факторов бороться за пациентов у врачей и учреждений пока нет.

Цель нового подхода — более эффективно перераспределить финансовые ресурсы. За основу взята скандинавская модель КЗГ NordDRG (Nordic Diagnosis Related Groups), которая использует МКБ-10 и NOMESCO-классификацию диагностических и хирургических вмешательств (NCSP). Преимущество системы NordDRG в том, что она позволит сравнивать расходы на здравоохранение со странами Европы и выявлять различия в клинической практике. Это важно для международного сравнения, статистики и экономического анализа.

Разработаны нормативы расходов на одного потребителя услуги в стационарных условиях, что дает возможность перехода на новую систему планирования, распределения и использования бюджетных средств с увязкой клинических и экономических аспектов оказания медицинской помощи.

Внедрение КЗГ дает возможность:

- управлять финансами организации – от планирования бюджета до управления его доходной и расходной частями;
- контролировать затраты;
- регулировать объемы оказания медицинской помощи в стационарных условиях;

- обеспечить качество оказания медицинской помощи;
- оптимизировать расходы на содержание организаций здравоохранения и будет способствовать повышению эффективности распределения финансовых средств.

Такой комбинированный инструмент (изменение подходов финансирования стационарных и амбулаторно-поликлинических организаций) позволит увязать объемы и качество медицинской помощи с финансированием, что, в конечном итоге, приведет к рациональному использованию ресурсов здравоохранения и повышению эффективности финансовых затрат. Кроме того, переход на новую модель финансирования здравоохранения позволит повысить мотивацию работы всех звеньев здравоохранения.

При этой системе деньги «двигаются за пациентом» — в то учреждение, где он будет проходить лечение, а не по территориальному принципу, как сейчас. Это в том числе означает, что люди станут более свободными в выборе организаций здравоохранения. Но этот выбор будет ограничен возможностями стационаров, которые могут оказать только определенный объем помощи.

Раз деньги пойдут за пациентами, то учреждения будут вынуждены за них бороться, совершенствуя свою базу и медицинский персонал. Чем больше денег пришло в учреждение, тем больше зарплата персонала. Этот подход предполагает систему индикаторов, учитывающих количество пациентов у конкретного врача. Соответственно, появится и конкуренция между специалистами. Они будут стремиться развиваться, чтобы работать в более популярных и востребованных клиниках.

Оплата по тарифу КЗГ будет производиться, во-первых, по факту оказания помощи, во-вторых, при условии, что ее качество будет соответствовать установленным нормам. За задачей слежения за потоком финансовых средств за пациентом следует задача проверки качества оказания ему медицинской помощи. Важным является анализ и оценка эффективности деятельности лечебно-профилактического учреждения. В случае некачественной медпомощи возможны санкции — от неполного возмещения учреждению расходов за лечение до невозмещения в целом. Это позволит контролировать медицинскую помощь на всех уровнях в тесной связи с финансированием, что в конечном итоге приведет к стимулированию организаций здравоохранения, к более качественному

оказанию медицинской помощи, к конкуренции и борьбе за пациента. Данная мера исключит необоснованные госпитализации и длительное необоснованное пребывание на койке, станет стимулом для руководителей учреждений здравоохранения к снижению издержек и рациональному использованию выделенных бюджетных средств. Таким образом, модель КЗГ является элементом управления качеством оказания медицинской помощи.

Способ оплаты на основе КЗГ позволяет доводить финансовые ресурсы адресно до каждого учреждения в зависимости от профиля и форм оказания медицинской помощи и формирует антизатратные механизмы в здравоохранении. Этот подход принципиальным образом меняет структуру системы здравоохранения, схемы ее финансирования и механизмы управления эффективностью и качеством.

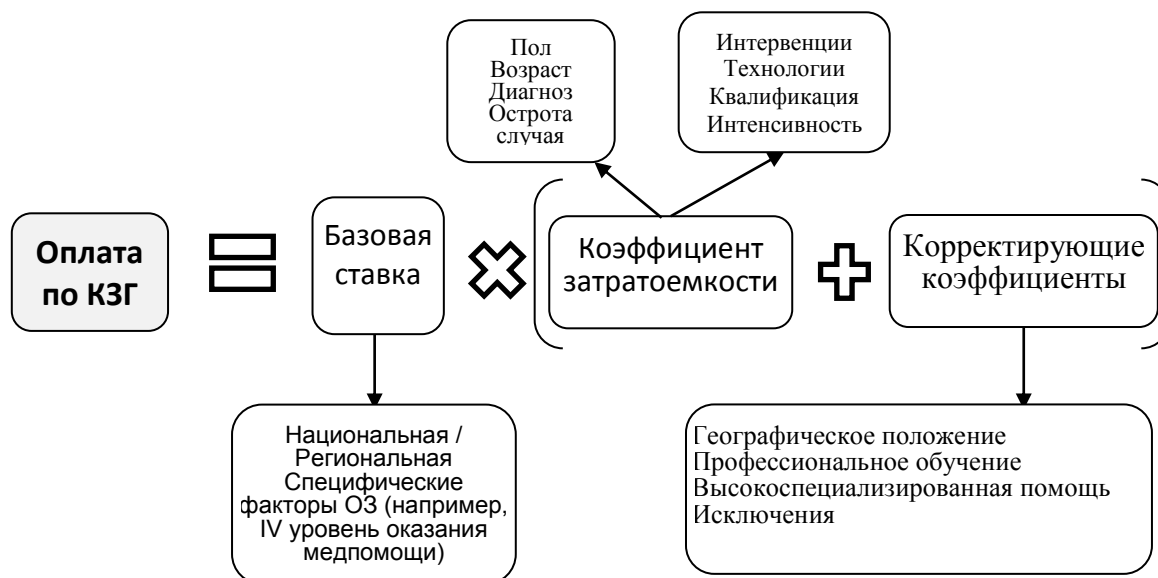


Рис.8. Возмещение затрат по модели КЗГ

Результаты пилотного проекта:

- Итоговая база данных о завершенных случаях госпитализации по организациям здравоохранения пилотной зоны за период июль 2019 г. – июнь 2020 г. (176 579 записей).
- Порядок планирования расходов бюджета, основанный на использовании нормативов расходов на одного пациента в стационарных условиях применительно к КЗГ (приказ МЗ РБ от 02.06.2021 № 645).

- Методические рекомендации по порядку расчета стоимости случая госпитализации (приказ МЗ РБ от 22.09.2021 № 1157).
- Тестовый расчет стоимости случаев госпитализации на примере учреждения здравоохранения «Волковысская центральная районная больница».
- Обучающие семинары-совещания по вопросам внедрения клинико-затратных групп и формированию оплаты на основе пролеченных случаев.

Последующие шаги:

- Выработка нормативов расходов за законченный случай госпитализации;
- Расчет коэффициентов относительной затратоемкости;
- Проведение анализа финансовых рисков при переходе на новую модель планирования;
- Формирование проектов местных бюджетов Гродненской области на 2023 год с учетом планирования расходов бюджета по КЗГ в отдельных организациях здравоохранения;
- Дорожная карта поэтапного внедрения КЗГ при оказании медицинской помощи в стационарных условиях для применения в организациях здравоохранения Республики Беларусь;
- Стратегия поэтапного масштабирования модели КЗГ.

Министры здравоохранения России и Белоруссии обсудили перспективы сотрудничества в области цифровой трансформации отрасли

17 августа 2022 в Минздраве России прошла встреча Михаила Мурашко с делегацией Республики Беларусь, которую возглавлял Министр здравоохранения Дмитрий Пиневич. Министры здравоохранения Российской Федерации и Республики Беларусь подписали **«Дорожную карту» развития сотрудничества в области здравоохранения по направлению «клинико-статистические (затратные) группы»**, подготовленную российскими и белорусскими экспертами.

<https://minzdrav.gov.ru/news/2022/08/17/19189-ministry-zdravoohraneniya-rossii-i-belorussii-obsudili-perspektivy-sotrudnichestva-v-oblasti-tsifrovoy-transformatsii-otrasli>

Оплата по методу КЗГ заинтересовывает врачей в оказании медицинской помощи максимально возможному числу больных с минимально возможными затратами.

Модель планирования расходов бюджета здравоохранения по модели КЗГ оказывает влияние на совершенствование систем оплаты труда медицинского персонала, ориентированных на конечные результаты оказания медицинской помощи и степень трудового вклада каждого работника.

Финансирование ОЗ на основе КЗГ позволяет использовать экономическое давление для выравнивания цен на однотипные и однопрофильные услуги в больницах, а также дает клиникам возможность приспособиться к новым условиям, когда специфичные для больницы немедицинские затраты играют все меньшую роль в определении цены на медицинскую помощь.

Показатели здоровья, имеющие гендерную специфику.

Гендерные последствия бюджетных решений.

Соблюдение принципов гендерного равенства

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рекомендует использовать именно гендерный подход к здоровью. Требования гендерного подхода к анализу состояния здоровья и развитию современных систем здравоохранения содержится и в Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин. Беларусь, как и другие страны, подписавшие и ратифицировавшие этот документ, периодически предоставляет в Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин (CEDAW) о национальный отчет о положении женщин в Беларусь, составной частью которого является раздел о состоянии здоровья женщин.

Основополагающая цель устойчивого развития – это продолжительная активная жизнь и высокие стандарты благосостояния граждан, а главные составляющие ее достижения – устойчивое демографическое воспроизводство, производительная занятость и достойные доходы населения, качественное здравоохранение, развитая система образования, в полной мере отвечающая устойчивому развитию страны. Одним из главных приоритетов демографической политики является повышение рождаемости. Особого внимания заслуживают не только вопросы совершенствования форм материальной поддержки семей с детьми, сколько разработки инструментов

по предоставлению родителям возможности совмещения профессиональной деятельности и выполнения семейных обязанностей, а также комплекса мер по повышению роли отцов в процессе воспитания детей, решения домашних и других социальных вопросов.

Стратегическая цель Беларуси в области демографической политики – поддержание численности населения на уровне 9,4-9,5 млн. человек. Для ее достижения Концепцией Национальной стратегии устойчивого развития до 2035 года предусмотрено решение ряда задач в сфере экономики и социальной политики. Гендерные аспекты демографии являются сквозной темой Целей устойчивого развития (ЦУР). Принцип Повестки 2030 ООН взаимосвязи и неделимости всех 17 содержащихся в ней целей требует внедрять гендерно ориентированный подход во все области устойчивого развития. Именно поэтому гендерно-равноправное общество является одной из четырех платформ ускорения для достижения всех ЦУР развития в нашей стране. Гендерное равенство является отдельной целью, но в то же время способствует обеспечению прогресса на пути осуществления остальных целей и задач. Гендерное равенство означает равные для женщин и мужчин шансы или возможности доступа к социальным, экономическим и политическим ресурсам (например, к услугам здравоохранения, образованию и избирательным правам) и контроля таких ресурсов. Сокращение гендерного неравенства позволит значительно ускорить достижение ЦУР 3, но решение ряда задач ЦУР 3 будет невозможным, если не будут осуществляться связанные с ними задачи в рамках ЦУР 5.

Физический/территориальный доступ к медицинским услугам подразумевает саму возможность получения медицинской помощи. Финансовый доступ подразумевает отсутствие финансовых ограничений при получении медицинской помощи. Способ финансирования здравоохранения может рассматриваться как справедливый, если отношение затрат на здравоохранение к недовольственным затратам домохозяйства одинаково для всех домохозяйств независимо от дохода, состояния здоровья и использования медицинских услуг. В последнее время при обсуждении проблемы доступности медицинских гендерная тема звучит все активнее, а именно: каковы возможности мужчин и женщин в получении медицинских услуг, есть ли между ними различия. Приходит постепенное осознание важности учета гендерных различий в здравоохранении при формировании соответствующей политики. Равный доступ мужчин и женщин к медицинской помощи рассматривается как одна из важнейших

составляющих гендерного равенства. Данные о смертности, заболеваемости и пользовании услугами здравоохранения демонстрируют существенные различия по этим показателям у женщин и мужчин. Велика роль гендера в ожидаемой продолжительности жизни при рождении. Ожидаемая продолжительность жизни женщин сейчас на 10 лет больше, чем у мужчин, у которых выше смертность от неинфекционных заболеваний. Согласно методологии DALY наибольший вклад в смертность составляют лица мужского пола в возрастном промежутке 35-50 лет. Однако данные факторы риска являются управляемыми. И это возможность для улучшения ситуации.

Например, дорожно-транспортные происшествия входят в топ-5 для мужчин, но не попадают даже в топ-10 для женщин, у которых, в свою очередь, существенно часто теряются годы здоровой жизни из-за депрессивных расстройств. Применительно к здоровью гендерное неравенство проявляется в системном взаимодействии индивидуально-личностных и институциональных факторов, воздействующих на здоровье и поведение мужчин и женщин. Внешние для системы здравоохранения факторы, определяющие эти различия, – это существующее гендерное разделение труда; особенности экономической активности мужчин и женщин; гендерные различия в источниках и размерах доходов; связанные с традиционными гендерными ценностями; особенности здравоохранительного поведения людей и образа жизни. Их воздействие сочетается с другими формами социальной дифференциации – по социально-экономическому статусу, возрасту, этнической и религиозно-культурной принадлежности. Важны экономические факторы – бедность населения может влиять на число заболеваний; факторы окружающей среды – мужчины и женщины проводят личную и профессиональную жизнь в разной среде; профилактические мероприятия среди женщин и мужчин в силу социального запроса различны; из-за разных ролей, которые мужчины и женщины играют в обществе, они подвержены разным болезням; разное восприятие болезни ведет к различной готовности обратиться за помощью. Применительно к здоровью гендерное неравенство проявляется в системном взаимодействии индивидуально-личностных и институциональных факторов, воздействующих на здоровье и поведение мужчин и женщин. Внешние для системы здравоохранения факторы, определяющие эти различия, – это существующее гендерное разделение труда; особенности экономической активности мужчин и женщин; гендерные различия в источниках и размерах доходов; связанные с традиционными гендерными ценностями; особенности

здравоохранительного поведения людей и образа жизни. Их воздействие сочетается с другими формами социальной дифференциации – по социально-экономическому статусу, возрасту, этнической и религиозно-культурной принадлежности.

Выявление гендерных неравенств и обеспечение гендерной справедливости составляют важнейшие компоненты деятельности отрасли здравоохранения. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рекомендует использовать именно гендерный подход к анализу состояния здоровья и развитию систем здравоохранения.

Для достижения гендерного равенства чрезвычайно важно иметь данные с разбивкой по гендерному признаку. Разумное с точки зрения политики здравоохранения стратегическое управление должно строиться на серьезном, подкрепленном фактами анализе различий между людьми, в том числе различий, основанных на гендере. И в этом контексте гендерно-чувствительные показатели здоровья представляют собой важные инструменты, особенно когда они далее дифференцируются по социально-экономическим факторам. Хотя показатели здоровья вообще используются повсеместно, потребность в гендерно-чувствительных показателях обнаружилась лишь сравнительно недавно. В 2003 г. на Консультативном совещании ВОЗ по гендерно-чувствительным показателям здоровья было определено, что таковыми являются показатели, главная цель которых – дать возможность странам найти потенциальные источники гендерной несправедливости в отношении состояния здоровья, детерминант здоровья и качества работы систем здравоохранения. Кроме того, показатели рассматриваются как средство, с помощью которого можно определять и разрабатывать механизмы устранения такой несправедливости.

ВОЗ приняла трехуровневый набор из 35 показателей здоровья, в состав которого входят 11 показателей состояния здоровья (такие как коэффициент материнской смертности и показатели самооценки депрессии у мужчин и женщин), 13 показателей детерминант здоровья (в том числе, например, принятие решений, касающихся собственного дохода, и модели поведения по отношению к собственному здоровью) и 11 показателей качества работы систем здравоохранения (такие как показатели, основанные на пользовании различными услугами, времени ожидания получения услуги и расходах), хотя тогда же было отмечено, что этот перечень относительно длинный и в будущем его, возможно, придется сократить.

Не все показатели имеют одинаковую ценность и чувствительными как мерило неравенства для всех стран Европы, поэтому важно увязывать показатели с обстоятельствами в каждой стране. Вот почему при выборе конкретных показателей на уровне страны нужно руководствоваться четкими принципами, которые должны определяться заранее, но и периодически подвергаться (пере)оценке. Для того, чтобы добиться максимальной ценности гендерно-чувствительных показателей, важно учитывать целый ряд аспектов этих показателей и их разработки.

Привлечение потребителей к планированию медико-санитарной помощи и к выработке политики помогает добиться улучшения качества помощи, большей степени удовлетворенности пользователей и улучшения здоровья. Аналогичным образом, привлечение различных заинтересованных партнеров, таких как руководители, формирующие политику, конечные пользователи показателей, медицинские работники, исследователи в области здравоохранения и представители пользователей услуг, к определению типов применяемых показателей создает возможности для разработки более адекватных показателей и повышает вероятность того, что показатели будут положительно восприняты более широким кругом заинтересованных лиц.

Разные пользователи обычно имеют разные потребности с точки зрения как конкретной информации, так и применяемого формата. Например, не всем пользователям нужен один и тот же уровень детализации. Некоторым могут требоваться данные, которые дифференцируются далее по другим формам различия. Показатели на уровне страны нужны для того, чтобы можно было проводить сравнения в международном масштабе; важно укреплять способность лиц, формирующих политику, сравнивать собственные стратегии со стратегиями других стран. Лицам, вырабатывающим политику на местном уровне, могут понадобиться более подробные показатели с разбивкой по социально-экономическим, этническим и географическим группам, которые совпадают с характеристиками того населения, которому они служат. При этом важно принимать во внимание разные требования, которые предъявляются к гендерно-дифференцированной информации на разных уровнях.

Гендерно-чувствительные показатели должны быть легкими для понимания всеми пользователями, но то, как их понимают, может меняться в зависимости от разных уровней организационной структуры, на которых они используются.

Показатели должны иметь четкое определение того, чем они являются, что они представляют, что они охватывают и чего не охватывают, чтобы их интерпретация всегда была единообразной и последовательной и не оставляла места для вариаций.

В системах здравоохранения лучше иметь небольшое число показателей, чем длинный их перечень. Это помогает избежать информационной перегруженности и трудностей, которые создаются составными показателями (за такими показателями можно не разглядеть важных различий в составляющих их данных). Кроме этого, повышается вероятность того, что показатели будут регулярно составляться и представляться, а также вероятность их использования. В системах здравоохранения важно выделять те показатели, которые позволяют получать наиболее нужную информацию с точки зрения гендерного равенства или гендерной справедливости, так как обычно для разных пользователей и в разных подразделениях системы здравоохранения они бывают разными.

Гендерно-чувствительные показатели должны служить для того, чтобы лица, формирующие политику, могли иметь информацию о важности и правильности предпринимаемых вмешательств. Они должны иметь нужную степень сложности на уровне страны, на территориальном или местном уровне (в соответствии с тем, на какой уровень возложена ответственность за планирование и реализацию).

Большое значение имеет формат, в котором представлены показатели. Они могут быть либо в электронном виде, либо на бумажном носителе, но что самое главное (по крайней мере, для некоторых пользователей) – это насколько легко можно манипулировать данными для удовлетворения конкретных и меняющихся требований, когда возникает потребность в этих данных.

Гендерные показатели необходимо регулярно собирать и обновлять. Кроме того, нужно оценивать и по мере необходимости пересматривать их содержание. Необходимо узаконить практику обратной связи: для разных типов пользователей должны быть приняты соответствующие меры, например, предусмотрены электронные системы направления отзывов, консультации и мониторинг того, как используются данные.

Гендерно-чувствительные показатели необходимо рассматривать как часть общего гендерно-ориентированного подхода к системам здравоохранения, последовательные элементы которого перечислены ниже:

- общие цели: широкие формулировки желательных направлений;
- узкие цели: формулировки конкретных и поддающихся измерению целей;
- показатели: средства детальной оценки продвижения к поставленным общим целям;
- целевые показатели: формулировки планируемого прогресса в достижении поддающихся измерению результатов с указанием сроков;
- стратегии: согласованная совокупность вмешательств, предназначенных для достижения общих целей.

В Беларуси имеется выстроенная система показателей и государственной отчетности, которая отражает и состояние здоровья населения, и функционирование организаций и органов управления. Законодательно закрепленный приоритет оказания медицинской помощи матерям и детям, четко выстроенная система оказания помощи, весомые меры социальной поддержки материнства и семей с детьми позволили достичь Республике Беларусь высоких показателей. Визитная карточка здравоохранения Беларуси - организация медицинской помощи матерям и детям. Беларусь занимает 25-ю позицию в рейтинге самых комфортных для материнства стран и входит в 50 лучших стран мира по ведению беременности и организации родов.

Пандемия COVID-19 нанесла ощутимые удары не только мировой финансово-экономической системе, но и существенно повлияла на права человека и гендерное равенство. Кризис, связанный с пандемией COVID-19, и бюджетные решения, принятые правительством, имеют разные последствия для женщин, мужчин и подгрупп в рамках этих двух категорий. Как свидетельствует опыт, женщины и мужчины по-разному ощущают последствия кризисных ситуаций. Решение о перераспределении общественных средств, связанные с необходимостью борьбы с коронавирусом, должны учесть потребности женщин, мужчин и разных подгрупп этих категорий. Если решения являются гендерно слепыми, они имеют долговременное влияние на доступ женщин и мужчин к рынку труда, уровень безработицы, доходов, распределение времени на выполнение продуктивного и репродуктивного труда, потребление, процесс принятия решений и т.д. Женщины больше страдают в плане потери экономических возможностей и ухудшения состояния здоровья и являются одной из наиболее уязвимых групп во время пандемии COVID-19. Женщины также имеют больший риск заболеть коронавирусом, поскольку они составляют

подавляющее большинство медицинских работников и вспомогательного персонала, оказывающего помощь больным. Женщины составляют более 80% количества штатных работников в сфере социальной помощи, и в период коронавирусной инфекции именно они подвергаются риску заболевания при обеспечении продуктами, доставке медикаментов, обслуживании одиноких пожилых людей, лиц с инвалидностью и прочее.

Гендерное неравенство – это не просто вопрос соблюдения прав человека. Фактические данные свидетельствуют о том, что оно оказывает значительное неблагоприятное воздействие на здоровье и благополучие людей. Около 30% всех ВИЧ-инфицированных составляют женщины. 90% из них репродуктивного возраста, что является причиной растущего числа детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей.

Мужчины имеют более низкую способность к социальной адаптации: они болезненно переживают потерю работы, снижение уровня доходов и социального статуса. Реакцией мужчин является часто депрессия и асоциальное поведение, о чем свидетельствует рост уровня домашнего насилия, употребление большого количества алкоголя. Данные примеры демонстрируют важность внедрения гендерного бюджетирования как управленческой технологии.

Неотъемлемое право на наивысший достижимый уровень здоровья закреплено Уставом ВОЗ и международным правом прав человека (Всеобщая декларация прав человека). Тем не менее, при выборе и организации услуг зачастую не учитываются гендерные нормы, роли и соотношения прав и возможностей, что препятствует оптимальному удовлетворению потребностей женщин и мужчин в медицинской помощи и улучшению качества здравоохранительных услуг. Одной из важнейших составляющих гендерного равенства является равный доступ мужчин и женщин к медицинской помощи, в частности доступ женщин с инвалидностью к услугам в области репродуктивного здоровья. Физический/территориальный доступ подразумевает саму возможность получения медицинской помощи. Финансовый доступ подразумевает отсутствие финансовых ограничений при получении медицинской помощи.

Таким образом, необходим учет гендерного фактора при выборе приоритетов в развитии систем здравоохранения. Важно, чтобы в системе управления государственными финансами были применены инструменты для целевого, эффективного и гендерно справедливого перераспределения публичных средств. Одним из таких инструментов является гендерно

ориентированное бюджетирование, гарантирующее, что проблемы женщин, мужчин и подгрупп в рамках этих двух категорий учитываются в процессе принятия финансовых решений. Ресурсы, которые вкладываются в обеспечение гендерного равенства, следует рассматривать не как расходы, но инвестиции.

Каждая страна, выразившая приверженность Повестке дня в области устойчивого развития на период до 2030 года, выбрала для себя свой путь внедрения гендерного равенства, вырабатывает собственные подходы с учетом политических, культурных, религиозных особенностей своего народа. Необходимость сквозной интеграции вопросов гендерного равенства в различные национальные программы и политики отражена как в Национальный план действий по обеспечению гендерного равенства в Беларуси на 2021-2025 годы (пост. Совета Министров №793 от 30 декабря 2020 года), так и в итоговом документе Первого Национального форума по устойчивому развитию, 24 января 2019 г. Министерству труда и социальной защиты поручено осуществлять координацию и контроль за реализацией Национального плана, обеспечивать рассмотрение хода реализации мероприятий плана на заседаниях Национального совета по гендерной политике при Совмине. Также поручено ежегодно до 1 марта года, следующего за отчетным, представлять информацию о выполнении плана в правительство. Исполнителям Национального плана ежегодно до 20 февраля года, следующего за отчетным, необходимо представлять в Минтруда информацию о ходе его выполнения. Согласно документу, цель Национального плана - внедрение в реализацию государственной политики гендерного фактора как неотъемлемого условия равноценного развития человеческого капитала женщин и мужчин. Для целей плана под гендерной политикой понимается комплекс правовых и организационно-административных мер национального и регионального уровней, направленных на достижение и сохранение юридического и фактического равенства мужчин и женщин, а также предоставление равных возможностей женщинам и мужчинам (девочкам и мальчикам) для самореализации и развития во всех сферах общественных отношений.

Развитие гендерной политики Беларуси осуществляется по следующим направлениям: совершенствование институционального механизма обеспечения гендерного равенства; выравнивание социально-экономических возможностей мужчин и женщин, содействие совмещению родительских и профессиональных обязанностей. Кроме того, обеспечение гендерно-

ориентированной охраны здоровья; противодействие насилию в семье и торговле людьми; информационно-просветительское сопровождение мер, направленных на обеспечение гендерного равенства.

Интеграция гендерного подхода в Повестку 2030 требует значительных усилий в обеспечение гендерно-ориентированной системы охраны здоровья. Здоровье каждой женщины в Беларуси – одно из важнейших направлений государственной политики в области здравоохранения. Это отражает динамика показатели материнской смертности в 1990-х и современные: 29,1 на 100 000 живорождённых детей в 1990 г., 2,8 - в 2008 г., 1,1 – в 2020 г. В здравоохранении произошла адаптация клинических протоколов медицинской помощи в сфере акушерства и гинекологии к международным стандартам, уменьшились медицинские ограничения для людей с инвалидностью. Достижения здравоохранения в области охраны здоровья женщины, технологии современного родовспоможения, перинатальные технологии делают этот процесс безопасным.

Планируется уделять больше внимания мужскому здоровью, в частности, проблемам мужского бесплодия, избыточной смертности среди мужчин.

Показатели здоровья, имеющие гендерную специфику, предназначены для выявления ключевых различий между женщинами и мужчинами в отношении здоровья и его социальных детерминант и формирования на этой основе более совершенной политики. Представление данных по ключевым показателям здравоохранения в разбивке по полу способствует получению объективной информации о гендерных различиях в отношении здоровья, что, в свою очередь, является обоснованием для принятия соответствующих мер. Как только будет налажено поступление данных в разбивке по полу, появится возможность прослеживать динамику, что позволит обосновывать распределение ассигнований с учетом гендера. Начинать можно с постановки скромных целей, например таких как оценка различий между женщинами и мужчинами по уровню использования услуг здравоохранения, затем приступать к формированию и реализации стратегий, направленных на сокращение и устранение подобных различий или на достижение гендерного равенства в масштабе всей системы.

ЦУР создают уникальную возможность обеспечения гендерного равенства и одновременно для улучшения здоровья и благополучия всех людей. Эта основа отражает двуединый подход, фокусируясь на обеспечении гендерного равенства в качестве отдельной цели (ЦУР 5), но в то же время

признавая его важность для обеспечения прогресса в рамках осуществления всех остальных целей и задач, в том числе ЦУР 3 (обеспечение ЗОЖ и содействие благополучию для всех в любом возрасте).

Важным инструментом гендерного бюджетирования являются корректирующие коэффициенты оказания медицинской помощи в зависимости от половозрастной структуры обслуживаемого населения. Повышение доступности и качества медицинской помощи для широких слоев населения осуществляется на основе эффективности использования амбулаторно-поликлинического звена.

В качестве корректирующих коэффициентов оказания медицинской помощи в зависимости от половозрастной структуры обслуживаемого населения используются коэффициенты, определенные инструкцией о порядке исчисления норматива бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя, утвержденные постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Министерства финансов Республики Беларусь от 30.03.2010 № 38/55 (табл.).

Приложение к Инструкции
о порядке исчисления норматива
бюджетной обеспеченности
расходов на здравоохранение
в расчете на одного жителя

**КОРРЕКТИРУЮЩИЕ КОЭФФИЦИЕНТЫ ОКАЗАНИЯ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ**

| Возрастная группа (количество лет) | Корректирующие коэффициенты оказания медицинской помощи | |
|---------------------------------------|--|----------------|
| | <i>мужчины</i> | <i>женщины</i> |
| 1 | 2 | 3 |
| Группа 1 (0 - 4) | 1,8273 | 1,4075 |
| Группа 2 (5 - 9) | 0,6150 | 0,4653 |
| Группа 3 (10 - 14) | 0,6143 | 0,4540 |
| Группа 4 (15 - 19) | 0,7089 | 0,6079 |
| Группа 5 (20 - 24) | 0,7423 | 1,1105 |
| Группа 6 (25 - 29) | 0,6404 | 1,1288 |
| Группа 7 (30 - 34) | 0,6021 | 0,8117 |
| Группа 8 (35 - 39) | 0,6158 | 0,5837 |
| Группа 9 (40 - 44) | 0,7820 | 0,6629 |
| Группа 10 (45 - 49) | 1,0593 | 0,8555 |
| Группа 11 (50 - 54) | 1,4434 | 1,1164 |
| Группа 12 (55 - 59) | 1,6576 | 0,9931 |
| Группа 13 (60 - 64) | 1,3780 | 0,8308 |
| Группа 14 (65 - 69) | 1,7709 | 1,0407 |
| Группа 15 (70 и старше) | 2,0447 | 1,4447 |

Рассчитанные для разных возрастных групп и пола корректирующие коэффициенты оказания медицинской помощи в административной территории, учитывающие различия в уровне потребления медицинской помощи разными половозрастными группами населения, фактически являются эквивалентными (сопоставимыми) единицами потребления медицинской помощи в расчете на одного жителя, которые следует использовать для определения комплексного норматива бюджетной обеспеченности расходов на медицинскую помощь, оказываемую в амбулаторных условиях в административных территориях.

Половозрастной корректирующий коэффициент – показатель, учитывающий различия в уровне потребления медицинской помощи разными половозрастными группами населения. На его основе для каждой административной территории с учетом закрепленного количества мужчин и женщин в соответствующих возрастных группах и коэффициентов рассчитываются коэффициенты дифференциации организаций здравоохранения по половозрастной структуре населения.

Гендерная детализация бюджета позволяет более четко планировать ресурсы, поскольку такая детализация учитывает особенности потребления государственных и частных услуг женщинами и мужчинами, дает возможность эффективно планировать политику развития отдельных территорий в стране.

Задача. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОГО БЮДЖЕТА ДЛЯ
ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
НЕЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦАМ

Женщины и мужчины без медицинской страховки реже получают необходимую помощь в нужное время в нужном месте. Финансирование услуг по неотложной медицинской помощи производится неравномерно в отношении незастрахованных женщин и мужчин. Мужчины чаще обращаются за неотложной медицинской помощью, и их доля в числе незастрахованных лиц также превышает долю женщин. При этом расходы на обслуживание лиц мужского пола намного выше, чем для женщин. Например, это может быть связано со степенью тяжести заболеваний и повреждений, получаемых мужчинами, а также с неравным доступом к медицинским услугам для людей без медицинской страховки.

Для справки: Неотложная медицинская помощь в Эстонии является медицинской услугой, предоставляемой медицинскими работниками в случае, когда отсрочка или отказ могут привести к смерти или постоянным травмам. Согласно закону «О порядке оказания медицинских услуг», каждый человек, находящийся на территории Эстонской Республики, имеет право на получение неотложной медицинской помощи. Неотложная медицинская помощь, оказываемая незастрахованным лицам, оплачивается за счет специальных средств в рамках договора между Министерством социальных дел и Больничной кассой Эстонии.

В 2006 году в Эстонии было проведено исследование состояния здоровья населения, которое, являясь вторым крупномасштабным национальным исследованием, показало некоторые гендерные различия в поведении в отношении здоровья. Мужчины оценили свое здоровье как хорошее реже (48%), чем женщины (52%).

Национальная стратегия по обеспечению здоровья населения 2009-2020 гг. и План ее реализации на 2009-2012 гг. (принят эстонским правительством 17 июля 2008 г. приказом № 325) не включают в себя конкретные цели для сокращения гендерного неравенства или гендерные конкретные меры.

В течение 2008-2010 гг. большинство услуг было предоставлено мужчинам, в частности, услуги по реабилитации, торакальной хирургии, детской хирургии, начальному последующему лечению, нейрохирургии, челюстно-лицевой хирургии, офтальмологии, ортопедии, ожогам, общей

хирургии, гастроэнтерологии, кардиологии, неврологии, пульмонологии и оториноларингологии.

а) На основании данных отчетности о расходовании средств на оказание незастрахованным лицам неотложной медицинской помощи, эстонского медицинского страхования за 2008, 2009 и 2010 гг. в нижеприведенной таблице, рассчитайте:

1) общую сумму расходов на неотложную помощь для незастрахованных лиц в 2008-2010 гг., а также отдельно для мужчин и для женщин;

2) долю расходов на медицинские услуги для женщин и для мужчин за 2008-2010 гг.

Таблица

Оказание неотложной помощи незастрахованным лицам в Эстонии

| | 2008 г. | 2009 г. | 2010 г. |
|--|---------|---------|---------|
| Число незастрахованных лиц¹⁸ | | | |
| Всего | 68 098 | 73 642 | 93 644 |
| Женщины | 25 894 | 28 541 | 35 927 |
| Мужчины | 42 204 | 45 128 | 57 717 |
| Процент незастрахованных лиц, которым предоставили медицинские услуги | | | |
| Женщины | 21,62 % | 18,05 % | 17,01 % |
| Мужчины | 41,71 % | 37,09 % | 31,12 % |
| Расходы на медицинские услуги для незастрахованных лиц на одного человека, евро | | | |
| Женщины | 239,6 | 263,5 | 197,8 |
| Мужчины | 292,9 | 287,4 | 250,0 |

Вопросы:

б) Какие выводы можно сделать о предоставлении медицинских услуг для незастрахованных лиц?

Существуют ли различия в стоимости данных услуг для мужчин и для женщин? Если да, то в чем они проявляются?

в) Какие факторы, по Вашему мнению, могут лежать в основе плохого состояния здоровья (в данном случае)?

г) Каковы последствия неравного доступа к получению медицинской помощи незастрахованными гражданами?

д) Какие меры социальной политики (в отношении здравоохранения и бюджетирования) могут содействовать решению проблемы неравного доступа к медицинским услугам?

Задача. ГЕНДЕРНЫЙ АНАЛИЗ МЕСТНОГО БЮДЖЕТА НА ОПЛАТУ ТРУДА

В городе N функционируют центральная больница и автотранспортное городское предприятие №1.

Среди сотрудников больницы – 14 мужчин и 39 женщин. Среднемесячная заработная плата мужчины в 2009 году составила 18820 рублей, зарплата женщины – 15350 рублей, в 2010 году – 19950 рублей и 16010 рублей соответственно.

В состав сотрудников автотранспортного городского предприятия №1 входит 22 мужчины и 7 женщин. В 2009 году среднемесячная заработная плата мужчины составляла 23240 рублей, женщины – 12023 рубля; в 2010 году – 27878 рублей и 13849 рублей соответственно.

Используя приведенные данные: 1) сопоставьте уровень оплаты труда женщин и мужчин в сфере здравоохранения в 2009 и 2010 годах; 2) сопоставьте уровень оплаты труда женщин и мужчин в сфере общественного транспорта в 2009 и 2010 годах; 3) проанализируйте динамику гендерного разрыва в заработной плате в данных сферах; 4) определите динамику уровня заработной платы в среднем в данных сферах. Сделайте выводы.

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. О Государственной программе «Управление государственными финансами и регулирование финансового рынка» на 2020 год и на период до 2025 года : постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 12 марта 2020 г., № 143 [Электронный ресурс] : в ред. постановлений Совета Министров Респ. Беларусь от 31 дек. 2020 г., № 800, от 26 нояб. 2021 г., № 675 // ЭТАЛОН. Эталонный банк данных правовой информации Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.

2. О местном управлении и самоуправлении в Республике Беларусь [Электронный ресурс] : Закон Респ. Беларусь, 4 янв. 2010 г., № 108-3 : с изм. и доп. // ЭТАЛОН. Эталонный банк данных правовой информации Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.

3. О республиканском бюджете на 2023 год [Электронный ресурс] : Закон Респ. Беларусь, 30 дек. 2022 г., № 231-3 // Пех / ООО «Юрспектр». – Режим доступа: <https://ilex-private.ilex.by/view-document/BELAW/203880/#M100253>. – Дата доступа: 12.01.2023.

4. О здравоохранении [Электронный ресурс] : Закон Респ. Беларусь, 18 июня 1993 г., № 2435-ХП : с изм. и доп. // ЭТАЛОН. Эталонный банк данных правовой информации Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.

5. О государственных минимальных социальных стандартах [Электронный ресурс] : Закон Респ. Беларусь, 11 нояб. 1999 г., № 322-3 : с изм. и доп. // ЭТАЛОН. Эталонный банк данных правовой информации Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.

6. Концепция развития электронного здравоохранения Республики Беларусь на период до 2022 года : утв. приказом М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 20.03.2018, № 244 // Пех / ООО «Юрспектр». – Режим доступа: <https://ilex-private.ilex.by/view-document/BELAW/183356/?searchKey=5xас&searchPosition=2#M100001>. – Дата доступа: 12.01.2023.

7. Методические рекомендации по порядку расчета стоимости случая госпитализации : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 22.09.2021, № 1157.

8. Преобразование нашего мира: Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года [Электронный ресурс] : декларация, 25 сент. 2015 г. / Генеральная Ассамблея ООН // Кодекс : электрон. фонд правовых и

норматив.-техн. док. – 2023. – Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/420355765>. – Дата доступа: 12.01.2023.

9. Основные направления бюджетно-финансовой и налоговой политики Республики Беларусь на 2021-2023 годы [Электронный ресурс] // Министерство финансов Республики Беларусь. – Минск, 2023. – Режим доступа: <https://www.minfin.gov.by/upload/bp/taxpolitic/21122020.pdf>. – Дата доступа: 12.01.2023.

10. Перечень государственных программ на 2021-2025 годы [Электронный ресурс] // Министерства экономики Республики Беларусь. – Минск, 2023. – Режим доступа: <https://economy.gov.by/ru/gos-progr-2021-25-ru/>. – Дата доступа: 12.01.2023.

11. Объединенная программа ООН «Финансирование в интересах ЦУР».

12. Национальная стратегия устойчивого социально-экономического развития Республики Беларусь на период до 2030 года : одобр. Президиумом Совета Министров Респ. Беларусь, протокол № 3, 10 февр. 2015 г., № 10, 2 мая 2017 г.

13. Кадыров, Ф. Н. Экономический анализ и планирование деятельности медицинских учреждений: Трудовые показатели. Производств. деятельность. Финансовое состояние. Составление смет / Ф. Н. Кадыров. – М. : МЦФЭР, 1999. – 198 с.

14. Клименко, А. В. Управление и бюджетирование, ориентированные на результат [Электронный ресурс] : препринт WP8/2021/04 / А. В. Клименко ; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». – М. : Изд. дом Высш. шк. экономики, 2021. – Режим доступа: https://wp.hse.ru/data/2021/06/01/1440723986/WP8_2021_04_____.pdf. – Дата доступа: 12.01.2023.

15. Кульпанович, О. А. Организация финансово-экономической деятельности учреждений здравоохранения : учеб.-метод. пособие / О. А. Кульпанович. – Минск : БелМАПО, 2002. – 102 с.

16. Кульпанович, О. А. Экономика труда медико-социальной сферы : учеб.-метод. пособие / О. А. Кульпанович. – Минск : БГУ, 2003. – 100 с.

17. Бюджет Республики Беларусь для граждан на 2021 год [Электронный ресурс] / М-во финансов Респ. Беларусь. – Минск 2021. – Режим доступа: <https://www.minfin.gov.by/upload/bp/budjet/budjet2021.pdf>. – Дата доступа: 12.01.2023.

18. Бюджетный кодекс Республики Беларусь [Электронный ресурс], 16 июня 2008 г., № 412-3 : принят Палатой представителей 17 июня 2008 г. : с

изм. и доп. // ЭТАЛОН. Эталонный банк данных правовой информации Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.

19. О государственных программах и оказании государственной финансовой поддержки [Электронный ресурс] : Указ Президента Респ. Беларусь, 23 марта 2016 г., № 106 : с изм. и доп. // ЭТАЛОН. Эталонный банк данных правовой информации Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.

20. О порядке формирования, финансирования, выполнения и оценки эффективности реализации государственных программ [Электронный ресурс] : Указ Президента Респ. Беларусь, 25 июля 2016 г., № 289 : с изм. и доп. // ЭТАЛОН. Эталонный банк данных правовой информации Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.

21. Об утверждении среднесрочной финансовой программы республиканского бюджета на 2020-2022 годы [Электронный ресурс] : постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 3 янв. 2020 г., № 3 // ЭТАЛОН. Эталонный банк данных правовой информации Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.

22. О Государственной программе «Управление государственными финансами и регулирование финансового рынка» на 2020 год и на период до 2025 года [Электронный ресурс] : постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 12 марта 2020 г., № 143 : с изм. и доп. // ЭТАЛОН. Эталонный банк данных правовой информации Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.

23. Об утверждении Инструкции о порядке исчисления норматива бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя и признании утратившим силу постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Министерства финансов Республики Беларусь от 29 сентября 2000 г., № 40/101 [Электронный ресурс] : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь и М-ва финансов Респ. Беларусь, 30 марта 2010 г., № 38/55 // ЭТАЛОН. Эталонный банк данных правовой информации Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.

24. Порядок планирования расходов бюджета основанный на использовании нормативов расходов на одного пациента в стационарных условиях применительно к КЗГ : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 02 июня 2021 г., № 645.

25. О введении в действие на территории Республики Беларусь Международных стандартов финансовой отчетности и их Разъяснений [Электронный ресурс] : постановление Совета Министров Респ. Беларусь и Нац. банка Респ. Беларусь, 23 февр. 2022 г., № 102/4 // ЭТАЛОН. Эталонный банк данных правовой информации Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.

26. О совершенствовании механизма финансирования здравоохранения [Электронный ресурс] : постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 10 авг. 2000 г., № 1225 : в ред. постановления Совета Министров Респ. Беларусь, 01 авг. 2022 г., № 1034 // ЭТАЛОН. Эталонный банк данных правовой информации Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.

27. О внесении изменений в постановление Совета Министров Республики Беларусь от 30 мая 2003 г. № 724 [Электронный ресурс] : постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 20 июня 2007 г., № 811 // ЭТАЛОН. Эталонный банк данных правовой информации Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.

28. О реализации пилотного проекта по внедрению клинико-затратных групп [Электронный ресурс] : постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 24 дек. 2019 г., № 902 // ЭТАЛОН. Эталонный банк данных правовой информации Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.

29. О некоторых вопросах государственных минимальных социальных стандартов в области здравоохранения [Электронный ресурс] : постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 29 марта 2016 г., № 259 // ЭТАЛОН. Эталонный банк данных правовой информации Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.

30. Проект «Модернизация системы здравоохранения Республики Беларусь», в рамках Соглашения о займе между Республикой Беларусь и Международным банком реконструкции и развития от 25 ноября 2016 г. и Распоряжения Президента Республики Беларусь № 135рп от 21.08.2017 г.

31. Стратегия реформирования системы управления государственными финансами Республики Беларусь [Электронный ресурс] : постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 23 дек. 2015 г., № 1080 : с изм. и доп. // ЭТАЛОН. Эталонный банк данных правовой информации Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.

Учебное издание

Кульпанович Ольга Александровна

Кривицкая Анастасия Святославовна

**БЮДЖЕТИРОВАНИЕ, ОРИЕНТИРОВАННОЕ
НА РЕЗУЛЬТАТ И КЛИНИКО-ЗАТРАТНЫЕ ГРУППЫ
КАК ИНСТРУМЕНТ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ
СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Учебно-методическое пособие

В авторской редакции

Подписано в печать 19.01.2023. Формат 60x84/16. Бумага «Снегурочка».

Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».

Печ. л. 5,88. Уч.- изд. л. 4,6. Тираж 120 экз. Заказ 47.

Издатель и полиграфическое исполнение –

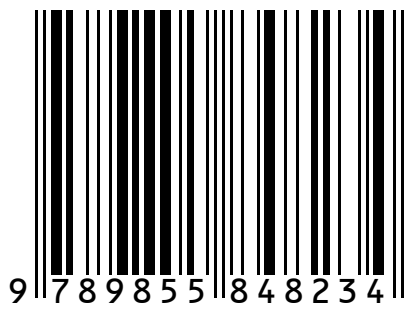
государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя, распространителя печатных изданий № 1/136 от 08.01.2014.

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя, распространителя печатных изданий № 3/1275 от 23.05.2016.

220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3, корп.3.

ISBN 978-985-584-823-4



9 7 8 9 8 5 5 8 4 8 2 3 4