

Федеральное государственное автономное
образовательное учреждение
высшего образования
«СИБИРСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Институт экономики, управления и природопользования
кафедра финансов

УТВЕРЖДАЮ
Заведующий кафедрой

_____ И.С. Ферова
подпись
« _____ » _____ 2018 г.

ДИПЛОМНАЯ РАБОТА

специальность 38.05.01 «Экономическая безопасность»

**ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ В СФЕРЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ**

Научный руководитель	_____	<u>к.э.н., доцент</u>	С.В. Кропачев
	подпись, дата	должность, ученая степень	
Выпускник	_____		П.В. Дорохова
	подпись, дата		
Рецензент	_____		Т.А. Голышева
	подпись, дата		
Нормоконтролер	_____		Е.В. Шкарпетина
	подпись, дата		

Красноярск 2018

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
1 Теоретические основы в области обеспечения экономической безопасности сферы здравоохранения	5
1.1 Экономическая безопасность сферы здравоохранения как одна из составляющих экономической безопасности региона	5
1.2 Проблемы и угрозы в обеспечении экономической безопасности сферы здравоохранения на основе SWOT и STEP-анализа.....	9
2 Методические подходы к решению проблем и минимизации угроз в обеспечении экономической безопасности сферы здравоохранения	13
2.1 Риск-ориентированный подход при осуществлении государственного контроля в здравоохранении в Российской Федерации.....	13
2.2 Аудит эффективности и социальный аудит как методы повышения уровня экономической безопасности в сфере здравоохранения.....	17
2.3 Клинический аудит как преждевременная мера для контроля обеспечения безопасности медицинского учреждения	25
3 Оценка состояния экономической безопасности сферы здравоохранения Красноярского края.....	38
3.1 Характеристика сферы и актуальные проблемы и угрозы в области обеспечения экономической безопасности здравоохранения Красноярского края.....	38
3.2 Пути улучшения состояния экономической безопасности здравоохранения Красноярского края через внедрение практики клинического аудита в деятельности медицинских учреждений.....	43
Заключение	55
Список использованных источников	59
Приложения А-Д.....	64-71

ВВЕДЕНИЕ

Современная тенденция развития российской экономики определяется актуальностью проблематики экономической безопасности отраслей социальной сферы. Проблемы обеспечения экономической безопасности сферы здравоохранения проявляются на сегодняшний день в уменьшении бюджетных расходов на здравоохранение, росте денежных объемов платных медицинских услуг при уменьшении реальных доходов населения. Кроме того, наблюдается финансовая и территориальная недоступность медицинских услуг для некоторых слоев населения и нереализованные гарантии их предоставления; недостаточность финансирования новых технологий в сфере здравоохранения и инновационных способов лечения и диагностики заболеваний.

Выше приведенные положения подтверждают актуальность реализации научного исследования в областях планирования, наблюдения и обеспечения экономической безопасности сферы здравоохранения в Российской Федерации.

Медицинские услуги, предоставляемые учреждениями здравоохранения, являются важнейшим элементом для обеспечения экономической безопасности не только сферы здравоохранения, но и государства, так как данные услуги служат сохранению и развитию человеческого потенциала и капитала.

Объектом исследования в представленной дипломной работе выступает сфера здравоохранения Красноярского края.

Предметом исследования в работе являются отношения, возникающие в процессе обеспечения экономической безопасности в сфере здравоохранения.

Цель исследования – совершенствование способов обеспечения экономической безопасности сферы здравоохранения Красноярского края на уровне медицинских учреждений.

Задачи исследования:

- определить место экономической безопасности сферы здравоохранения в области обеспечения экономической безопасности региона;
- выявить проблемы и угрозы в области обеспечения экономической безопасности здравоохранения, представленные в экономической литературе;
- рассмотреть методы обеспечения экономической безопасности сферы здравоохранения и успешность их применения в российской практике и за рубежом;
- провести анализ специфики сферы здравоохранения Красноярского края;
- разработать и обосновать способы улучшения деятельности по обеспечению экономической безопасности здравоохранения Красноярского края через обеспечение экономической безопасности медицинских учреждений региона.

Теоретической основой исследования являются положения российских и зарубежных ученых в области обеспечения экономической безопасности региона и сферы здравоохранения региона, оценки экономической и социальной эффективности здравоохранения. Методологическая основа

исследования – внедрение риск-ориентированного подхода при осуществлении государственного контроля, а также практика проведения аудита эффективности, социального и клинического аудитов деятельности учреждений здравоохранения.

Информационная база исследования содержит стратегические документы, федеральные и региональные нормативно-правовые акты, аналитические и статистические материалы, представленные в официальных Интернет-ресурсах Правительства РФ, министерства здравоохранения РФ и Красноярского края, Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориального фонда обязательного медицинского страхования Красноярского края, Росздравнадзора РФ.

Новизна результатов исследования проявляется в совершенствовании основ оценки и обосновании направлений повышения экономической безопасности медицинских учреждений.

Структура дипломной работы. Работа состоит из введения, трех глав, выводов, списка использованных источников, пяти приложений.

Апробация дипломной работы реализована в научной статье «Обеспечение экономической безопасности сферы здравоохранения Красноярского края в настоящих условиях в плане совершенствования контрольно – надзорного механизма» в сборнике научных статей по материалам Второй международной научно-практической конференции студентов и молодых ученых / под общ. ред. Н.П. Коробковой. – М.: Глобальное партнерство, 2018, а также в статье «Резервы повышения результативности использования средств обязательного медицинского страхования» журнала из перечня ВАК «Экономика и предпринимательство» №7/2018, в соавторстве с С.А. Козловой, Е.С. Феровой, Е.В. Василенко.

В первой главе данной дипломной работы рассматриваются теоретические подходы к трактованию экономической безопасности в сфере здравоохранения как в общем смысле, так и в области обеспечения безопасности на уровне региона. Кроме того, выделены основные проблемы и угрозы обеспечения экономической безопасности учреждений здравоохранения с применением современных методов стратегического менеджмента - SWOT и STEEP-анализа. Вторая глава посвящена рассмотрению методологической базы для повышения уровня защищенности учреждений сферы здравоохранения региона. Рассмотрены подходы с точки зрения осуществляемой в настоящее время контрольно – надзорной деятельности, а также виды аудита, имеющие предупредительный характер и проводимые до непосредственно контрольного мероприятия. Выявлен наиболее эффективный подход клинического аудита, позволяющий обеспечить высокий уровень экономической безопасности медицинских учреждений при условии его применения на уровне каждого объекта. Автором предложен способ совершенствования данного вида аудита путем дополнения контрольного списка вопросов критериями и показателями, применяемыми при аудите эффективности, что позволит оценить как качество непосредственно оказываемой услуги (для пациента), так и ее экономическую эффективность (для учреждения).

1 Теоретические основы в области обеспечения экономической безопасности сферы здравоохранения

1.1 Экономическая безопасность сферы здравоохранения как одна из составляющих экономической безопасности региона

Во многом экономическая безопасность зависит от управления и особенностей оказания медицинских услуг. Обеспечение контроля является проблематичным в силу нахождения системы здравоохранения в состоянии реформирования и постоянной модернизации, и совершенствования. В динамичных условиях рынка развитие качества услуг в организациях здравоохранения является важным критерием социально-экономического развития страны, так как от данного показателя зависит качество жизни населения. Поэтому рассмотрение вопроса об экономической безопасности в сфере здравоохранения является достаточно актуальным и значимым с точки зрения повышения эффективности работы учреждений здравоохранения [13].

Под экономической безопасностью организаций здравоохранения следует понимать защищенность его научно-технического, производственного и кадрового потенциала от различных угроз экономического характера (прямых либо косвенных). Данные угрозы могут быть вызваны рядом факторов: неэффективная научно-промышленная политика государства; формирование неблагоприятной внешней среды; отсутствие эффективных мер поддержки со стороны государства.

Основная цель экономической безопасности организаций здравоохранения заключается в обеспечении его устойчивого и эффективного функционирования на современном этапе развития, а также создание необходимых условий и факторов для развития и роста данных организаций в перспективе [17].

Структуру и составляющие экономической безопасности организаций здравоохранения можно рассмотреть на рисунке 1.

Финансовая составляющая экономической безопасности организаций здравоохранения определяется как комплект работ по формированию и обеспечению высокого уровня платежеспособности организации и ликвидности ее оборотных активов, а также формирование оптимальной структуры капитала в целях повышения финансовой устойчивости. Оценка финансовой составляющей экономической безопасности производится по следующим направлениям:

- изучение финансово-хозяйственной отчетности;
- проведение финансового анализа на базе отчетности;
- расчет показателей платежеспособности, финансовой устойчивости, ликвидности, производительности труда и т.д. [20].

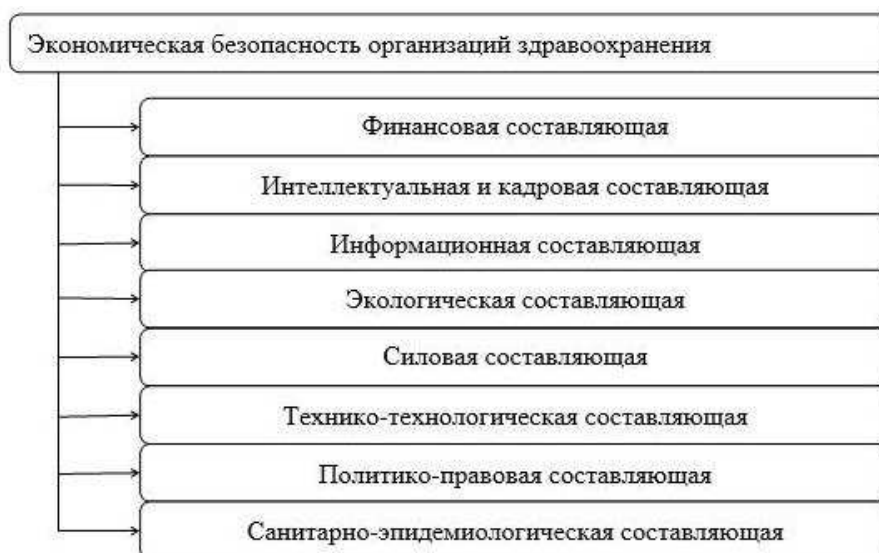


Рисунок 1.1 – Структура экономической безопасности организаций здравоохранения

Интеллектуальная и кадровая составляющая являются одним из важнейших элементов экономической безопасности организаций здравоохранения [34]. Она заключается в обеспечении организации высококвалифицированным персоналом, а также в организации условий по повышению квалификации и обучению сотрудников организаций здравоохранения. Политико-правовая составляющая экономической безопасности организации здравоохранения заключается в правовом обеспечении организации, а также соблюдение организацией и его персоналом всех нормативно-правовых актов (как внешних, так и внутренних), регулирующих деятельность медицинских организаций. Экологическая составляющая экономической безопасности организации здравоохранения заключается в оптимизации финансовых затрат с целью обеспечения соблюдения экологических норм с минимальными финансовыми потерями. Силовая составляющая экономической безопасности организации состоит из следующих структурных элементов:

- обеспечение физической безопасности персонала медицинского учреждения;
- обеспечение сохранности имущества организации;
- снижение негативного влияния условий внешней среды.

Санитарно-эпидемиологическая составляющая заключается в обеспечении безопасности функционирования организации здравоохранения в целом для общества, а также для отдельного индивида в санитарно-эпидемиологическом аспекте. Также необходимо отметить важнейший элемент данной составляющей: минимизация вредного влияния объектов на окружающую среду и на общество.

Исходя из составляющих экономической безопасности организаций здравоохранения можно сформулировать три группы угроз:

- нерациональное использование ресурсов, которое приводит к неравномерной нагрузке на медицинский персонал, а также территориальному неравенству по обеспечению медицинской помощи;
- неразвитость инновационной деятельности, что является прямым следствием неэффективности производственной инфраструктуры здравоохранения;
- отсутствие сбалансированной модели медицинского страхования;
- старение основных фондов организаций здравоохранения.

Инструментами оценки угроз экономической безопасности организаций здравоохранения являются данные как экономической, так и медицинской статистики.

В настоящий период времени возникающие проблемы в здравоохранении связывают с определенными бюджетными ограничениями. По данным Всемирной организации здравоохранения, более миллиарда населения мира не имеют доступа к медицинским услугам из-за бедности. Около 11,9 % всех расходов на систему здравоохранения в мире – это личные расходы граждан. Более 57 стран мира страдают от критической нехватки медицинских работников, и недостаточное финансирование играет в этом случае немаловажную роль [14].

Многие медицинские учреждения продолжают использовать устаревшие методы и технологии. Кроме того, отсутствие квалифицированного персонала снижает эффективность лечения, увеличивает количество дней пребывания в больнице, что, безусловно, влияет на экономическую безопасность подобного рода учреждений. Так, экономическая безопасность является областью научного знания, в рамках которой происходит не только изучение состояния экономики, учитывая все сферы общества, в том числе и здравоохранения, но и анализ возможных методов повышения эффективности использования ресурсов на основе различных методов, например, с помощью реализации концепции бережливого производства.

Наличие вышеуказанных проблем порождает определенные риски в данной сфере, которые также необходимо рассмотреть и проанализировать, что позволит определить возможные пути их трансформации, которые представлены в таблице 1.1 [19]. На основе таблиц - прогноза трансформации рисков возможно определить различные процедуры управления выделенными рисками. Чем точнее оценка риска, оказывающего влияние на экономическую безопасность подобного рода учреждений, и выбор решения о способах реагирования на них при различных сценариях и вероятности реализации риска, тем эффективнее управление в рассматриваемой сфере.

В настоящее время одним из приоритетных направлений повышения эффективности процессного управления в учреждениях здравоохранения РФ является определение оптимальных условий реализации процессов оказания медицинских услуг пациентам в регионах РФ на основании анализа внешней и внутренней среды данных процессов. На основании выявленных оптимальных условий могут быть разработаны мероприятия по развитию отечественного здравоохранения в регионах.

В основе концептуальной модели обеспечения экономической безопасности сферы здравоохранения в регионе лежат четыре правила, задающие оптимальные условия эффективной реализации процессов оказания медицинских услуг.

Таблица 1.1 - Блиц - прогноз трансформации рисков в здравоохранении

Риск объекта исследования	Вариант трансформации риска	Содержание трансформации
Риск наличия несовершенств в рамках нормативно-правового регулирования взаимодействия государства и частного сектора в области здравоохранения	Превентивные меры	Создание контракта с наиболее полным учетом возможных отклонений (например, после прохождения обучения, изучения практики)
Риск потери контроля государственного учреждения сферы здравоохранения над определённой функцией (например, при передаче ее на аутсорсинг)	Превентивные меры	В случае аутсорсинга как формы государственно-частного партнерства в контракте необходимо указать периоды контроля исполнения регламентов
Риск нарушения принципов конфиденциальности информации медицинского учреждения	Превентивные меры	Определение в контракте санкций в случае нарушения принципов конфиденциальности информации учреждения
Риск, связанный с недобросовестностью контрагентов медицинского учреждения (например, при покупке оборудования)	Превентивные меры	Определение в контракте санкций в случае предоставления, например, некачественного оборудования
Репутационный риск	Превентивные меры и отказ от риска	В случае государственно-частного партнерства работа с частным партнером должна проводиться по определенным контрактом правилам, либо отказ от услуг данного частного партнера и выполнение услуги своими силами
ИТ - риски	Превентивные меры	В случае внедрения медицинской информационной системы (МИС) необходимо укомплектовать ИТ – отдел высококвалифицированными специалистами

Первое направлено на оптимизацию расходов на оказание помощи в дневных стационарах, что позволяет снизить количество случаев, когда пациентам требуется скорая неотложная медицинская помощь в амбулаторных и домашних условиях, что снижает загруженность врачей и повышает качество жизни пациентов. Данное правило рекомендуется использовать в регионах с низкими и средними значениями заболеваемости населения. Второе правило предусматривает средние значения уровня финансирования и объемов оказания медицинской помощи пациентам в стационарах и рекомендуется к использованию в регионах, в которых пациенты нуждаются не только в лечении в дневных стационарах, но и комплексном обслуживании в стационарах. Для реализации данного правила необходимо оптимизировать ресурсное обеспечение медицинских учреждений, в том числе среднюю загруженность коечного фонда, оказание медицинских услуг в стационарах. Третье правило направлено на оптимизацию деятельности стационаров, в том числе и дневных, скорой медицинской помощи и рекомендуется к использованию в регионах со средними значениями уровня заболеваемости

населения. Совершенствование медицинской помощи в соответствии с правилом позволяет снизить нагрузку на амбулаторно-поликлинические учреждения в регионах, в которых реализуется данное правило. Четвертое правило предусматривает оптимизацию всех составляющих медицинского обслуживания населения и рекомендуется к использованию в неблагополучных по заболеваемости регионах РФ. Эффективность реализации процессов оказания медицинских услуг зависит от условий, задаваемых медицинскими факторами и определяющими ресурсное обеспечение данных процессов, включая финансирование оказания медицинской помощи населению, объемами оказания медицинской помощи и медицинской активностью населения [41].

Таким образом, экономическая безопасность учреждения здравоохранения - это защищенность его научно-технического, производственного и кадрового потенциала от различных угроз экономического характера. Основной целью экономической безопасности учреждений здравоохранения заключается в обеспечении их устойчивого и эффективного функционирования на современном этапе развития, а также создание необходимых условий и факторов для развития и роста в перспективе как самих учреждений, так и уровня жизни населения.

1.2 Проблемы и угрозы в обеспечении экономической безопасности сферы здравоохранения на основе SWOT и STEP-анализа

Стратегия развития учреждений здравоохранения должна быть направлена на минимизацию неэффективных затрат, увеличение объемов услуг, оказываемых прикрепленному населению, развитие информационных технологий, что позволит значительно сократить постоянные и переменные издержки. В настоящее время в условиях реформирования системы здравоохранения, учреждения здравоохранения поставлены в условия, требующие максимально эффективной управленческой и финансово-экономической деятельности. Сокращение постоянных издержек, повышение эффективности использования предоставленных ресурсов, привлечение внебюджетных источников финансирования, повышение конкурентоспособности на рынке оказания медицинских услуг, использование передовых маркетинговых и информационных технологий являются основными направлениями при реформировании системы здравоохранения. Учреждения, не сумевшие адаптироваться к указанным условиям, будут фактически поставлены в условия невозможности дальнейшего существования [15].

Для обеспечения эффективной деятельности учреждения руководитель вынужден использовать различные методы стратегического планирования. Стратегическое планирование преследует две основные цели:

– адаптация к внешней среде (эффективное приспособление к изменениям внешних факторов: экономических, политических, законодательных и др.);

- наиболее эффективное распределение и использование ресурсов в учреждении здравоохранения.

Использование стратегического планирования позволяет руководителю:

- выявить факторы внешней и внутренней среды, потенциально влияющие на деятельность медицинского учреждения;
- определить факторы, угрожающие деятельности учреждения;
- оценить факторы, благоприятствующие деятельности учреждения.

Поэтому от руководителя учреждения здравоохранения требуется постоянный контроль с анализом деятельности учреждения для решения вопросов стратегического планирования и принятия управленческих решений. Наиболее приемлемым методом контроля и анализа может быть использование SWOT - анализа. SWOT - анализ – метод анализа в стратегическом планировании, заключающийся в разделении факторов и явлений на четыре категории: Strengths (сильные стороны), Weaknesses (слабые стороны), являющиеся факторами внутренней среды учреждения, Opportunities (возможности), Threats (угрозы), являющиеся факторами внешней среды. Поскольку SWOT - анализ в общем виде не содержит экономических категорий, его можно применять к любым организациям, отдельным людям и странам для построения стратегий в различных областях деятельности, в том числе и медицинской. Всестороннее изучение рыночной ситуации, в которой работает учреждение, оценка возможностей и угроз, с которыми оно может столкнуться, является одной из важнейших составляющих экономической безопасности учреждения. Проведение SWOT - анализа позволяет выявить и структурировать сильные и слабые стороны учреждения, а также потенциальные возможности и угрозы [10]. Достигается это за счет того, что руководитель должен сопоставить внутренние слабые и сильные стороны своего учреждения с возможностями и угрозами, которые дает им внешняя среда. Результаты сопоставления позволят решить, в каком направлении учреждение должно развивать свою деятельность.

Сильные стороны (Strengths) – это внутренние силы действующего или начинающего свою деятельность учреждения. Их составляют кадровые ресурсы, оборудование, финансовая обеспеченность. Слабые стороны (Weaknesses) – это внутренние факторы, тормозящие дальнейшее развитие учреждения. Слабые стороны составляет те «узкие места» в деятельности учреждения, которые мы осознаем и на которые в состоянии повлиять. Возможности (Opportunities) – это внешние факторы, способствующие развитию учреждения. Данные факторы возникают и протекают вне зависимости от нас, но мы можем их использовать для развития учреждения. Угрозы (Threats) – это внешние факторы, препятствующие развитию учреждения. Данные факторы возникают и протекают вне зависимости от нас, но мы можем уменьшить или частично предотвратить возможный ущерб от данных факторов.

Ниже приведен пример сильных и слабых сторон учреждения и выявленных возможностей и угроз, встречающихся в работе каждого учреждения (табл. 1.2) [11]. Все указанные факторы воздействия были

ранжированы по степени оказываемого влияния на работу учреждения. На первом месте стоит фактор, оказывающий наиболее сильное влияние, а на последнем – фактор с наименьшим влиянием.

Таблица 1.2 – Схема проведения SWOT – анализа (внешней и внутренней среды) для медицинского учреждения

<p>Сильные стороны:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. стабильное бюджетное финансирование 2. развитая компьютеризация и программное обеспечение 3. наличие высококлассного дорогостоящего оборудования 4. высокий уровень подготовки кадров, сертификация специалистов 5. удовлетворение потребителей медицинской услуги 6. лидирующая позиция в оказании услуг 7. наличие четко поставленной цели перед коллективом 	<p>Слабые стороны:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. высокая изношенность основных фондов 2. отсутствие единого информационного пространства 3. ограничение бюджетного финансирования 4. недостаточное количество квалифицированных кадров 5. высокий коэффициент совместительства 6. отсутствие сильной юридической службы
<p>Возможности:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. осуществление деятельности, приносящей доход 2. развитие рынка новых медицинских услуг 3. отсутствие сильной конкуренции на текущий момент 4. возможность обслуживания населения близлежащих районов 5. массовая жилищная застройка вблизи медицинского учреждения 6. модернизация здравоохранения 7. федеральные и краевые программы 8. гранты 	<p>Угрозы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. несбалансированность объемов медицинской помощи и финансового обеспечения программы государственных гарантий 2. сокращение объемов бюджетного финансирования 3. экономический кризис 4. отсутствие единых прозрачных подходов к формированию тарифов 5. отсутствие стандартов оказания медицинской помощи 6. высокая безработица обслуживаемого населения 7. слабая территориальная доступность 8. возможность появления конкуренции

Стратегический менеджмент помимо метода оценки сильных и слабых сторон учреждения, а также его возможностей и угроз, включает в себя STEP – анализ. STEP – анализ – это современный метод, применяемый в стратегическом менеджменте, позволяющий исследовать рынок, положение наблюдаемого объекта в нем, потенциал и пути развития. Аббревиатура «STEP» читается по первым буквам как: Social, Technological, Economic, Political. Данные факторы внешней среды оказывают прямое или косвенное воздействие на деятельность объекта и являются предметом изучения STEP – анализа [12]. Зарубежные авторы чаще используют аббревиатуру PEST – анализ. В современной литературе часто встречается дополненная аббревиатура PESTELI, в которой последние три буквы подразумевают факторы экологического (ecological or environmental), правового (legal) и промышленного (industrial) характера. Или, например, STEEPLED – STEP – анализ с добавлением экологических и правовых факторов воздействия, а также этических и демографических аспектов ведения деятельности в организации. STEP – анализ чаще применяется в частном секторе с целью проведения маркетинговых исследований, однако данный анализ имеет стратегическую

природу и возможен для применения у учреждений, имеющих государственную собственность [8]. В STEP – анализе все детерминирующие факторы рассматриваются постепенно, оценивается их возможное влияние на объект исследования. Далее составляется план, позволяющий минимизировать отрицательные факторы и составить перечень противодействующих таким [18].

При использовании данного метода значимые факторы подразделяются на следующие категории [9]:

- Social (социальные факторы: демографическая ситуация, продолжительность жизни населения, семейное положение, занятость, уровень безработицы, социальные льготы, пенсионное обеспечение, здоровье населения, состояние здравоохранения и др.);

- Technological (технологические факторы: достижения научно – технического прогресса в области производства медицинских и фармацевтических товаров и услуг, их влияние на уровень жизни населения, компьютеризация отрасли);

- Economical (экономические факторы: экономическая политика страны, налоги и налогообложение, уровень инфляции, экономический рост или спад, обменный курс национальной валюты и др.);

- Political (политические факторы: стратегические решения в области управления государством, развитие рыночных отношений, инициативы в оборонной области, образовании, здравоохранении, социальном обеспечении населения и др.).

Этапы проведения STEP-анализа:

- составление перечня основных стратегических факторов, имеющих высокую вероятность проявления и влияния на деятельность учреждения;

- оценка важности событий для учреждения путем присвоения ранга (веса);

- анализ степени влияния факторов – событий;

- расчет взвешенной оценки, определяемой как умножение ранга (веса) фактора на степень его влияния и подсчет совокупной (суммарной) оценки.

Представляется возможным рассмотрение STEP-анализа как системного, потому как факторы, относящиеся к вышеупомянутым четырем категориям, тесно связаны между собой и описывают различные уровни общественного устройства как системы [38].

Таким образом, методы стратегического менеджмента: SWOT – анализ и STEP – анализ относятся к качественным методам экспертной оценки внутренней и внешней среды анализируемого учреждения, которые, несмотря на отсутствие наличия явных математических оценок эффективности деятельности объекта полезны для управленческого звена в отношении общей оценки функционирования учреждения.

2 Методические подходы к решению проблем и минимизации угроз в обеспечении экономической безопасности сферы здравоохранения

2.1. Риск-ориентированный подход при осуществлении государственного контроля в здравоохранении в Российской Федерации

В настоящее время разрабатываются подходы к совершенствованию принципов системы государственного контроля (надзора) в сфере здравоохранения. Эта работа в рамках реформы системы государственного контроля (надзора) осуществляется по поручению Главы государства в формате Открытого правительства. В ее основе лежит внедрение риск-ориентированного подхода к осуществлению государственного контроля (надзора), при котором частота проверок зависит от степени потенциальных рисков для потребителя на том или ином поднадзорном объекте.

Паспорт приоритетной программы «Реформа контрольной и надзорной деятельности» (далее – приоритетная программа) утвержден на заседании президиума Совета при Президенте по стратегическому развитию и приоритетным проектам под председательством премьер-министра Российской Федерации Д.А. Медведева 21 декабря 2016 г. [1].

Приоритетная программа направлена на:

- внедрение риск-ориентированного подхода при осуществлении контрольно-надзорной деятельности;
- внедрение системы оценки результативности и эффективности контрольно-надзорной деятельности;
- систематизацию, сокращение количества и актуализацию обязательных требований;
- внедрение системы комплексной профилактики нарушений обязательных требований;
- внедрение эффективных механизмов кадровой политики в деятельности контрольно-надзорных органов;
- внедрение системы предупреждения и профилактики коррупционных проявлений в контрольно-надзорной деятельности;
- автоматизацию контрольно-надзорной деятельности;
- повышение качества реализации контрольно-надзорных полномочий на региональном и муниципальном уровнях.

Ключевые цели приоритетной программы – снизить административную нагрузку на организации и граждан, осуществляющих предпринимательскую деятельность, и повысить качество администрирования контрольно-надзорных функций, а также сократить число смертельных случаев, заболеваний и отравлений, материального ущерба.

В результате реализации приоритетной программы количество смертельных случаев, заболеваний и отравлений, пострадавших и травмированных по контролируемым видам рисков должно снизиться вдвое к концу 2025 г., а уровень материального ущерба – на 30%. Также к концу 2025 г.

вдвое должна снизиться и административная нагрузка на организации и граждан, осуществляющих предпринимательскую деятельность [2].

Мировой опыт свидетельствует об активном использовании системы управления рисками в целях снижения общей административной нагрузки на объекты государственного контроля с одновременным повышением уровня эффективности контрольно-надзорной деятельности органов власти, то есть повышением уровня безопасности охраняемых законом ценностей.

Внедрение риск-ориентированного подхода (системы управления рисками) основывается на следующих принципах:

- открытость и прозрачность критериев риска и категорий риска, а также результатов распределения по ним подконтрольных субъектов, что не исключает отнесения в отдельных сферах общественных отношений указанной информации к охраняемой законом тайне, если это необходимо для достижения публично значимых целей;

- нацеленность категорий и критериев риска, мер по оценке и управлению риском на задачи минимизации причинения вреда охраняемым законом ценностям как при установлении категорий и критериев риска, так и в процессе их применения, что, в частности, означает преимущественную их ориентацию на деятельность хозяйствующих субъектов, работающих в представляющих опасность для охраняемых законом ценностей сферах государственного регулирования, нарушающих требования законодательства;

- построение системы управления рисками, принятие мер по оценке и анализу риска на основании объективных и достоверных данных; периодическая переоценка рисков, основанная на изменении источников и факторов риска для охраняемых законом ценностей;

- соответствие уровня зрелости ведомственных систем управления рисками уровню развития управленческих и информационных процессов в ведомстве, так как полноценная система управления рисками невозможна без соответствующего уровня зрелости информационных решений по сбору, обобщению и анализу данных, а также внутриведомственных управленческих процессов.

В общем виде риск причинения вреда – это вероятность наступления событий, следствием которых может стать причинение вреда охраняемым законом ценностям различной степени тяжести. Таким образом, риск причинения вреда является произведением вероятности наступления негативных событий на объем потенциального вреда.

Охраняемые законом ценности применительно к системе здравоохранения – жизнь и здоровье граждан, права, свободы и законные интересы граждан и организаций.

Федеральным законом от 13.07.2015 №246-ФЗ внесены изменения в Федеральный закон от 26.12.2008 №294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля» [3], предусматривающие

применение риск-ориентированного подхода при организации государственного контроля (надзора).

При организации отдельных видов государственного контроля (надзора), определяемых Правительством Российской Федерации, применяется риск-ориентированный подход в целях оптимального использования трудовых, материальных и финансовых ресурсов, задействованных при осуществлении государственного контроля (надзора), снижения издержек юридических лиц.

Риск-ориентированный подход представляет собой метод организации и осуществления государственного контроля (надзора), при котором в предусмотренных случаях выбор интенсивности (формы, продолжительности, периодичности) проведения мероприятий по контролю, мероприятий по профилактике нарушения обязательных требований определяется отношением деятельности юридического лица, индивидуального предпринимателя к определенной категории риска.

Отнесение к определенной категории риска осуществляется органом государственного контроля (надзора) с учетом тяжести потенциальных негативных последствий возможного несоблюдения юридическими лицами, индивидуальными предпринимателями обязательных требований, а также с учетом оценки вероятности несоблюдения соответствующих обязательных требований.

Правила отнесения деятельности юридических лиц и индивидуальных предпринимателей и (или) используемых ими производственных объектов к определенной категории риска или определенному классу (категории) опасности определены постановлением Правительства Российской Федерации от 17.08.2016 №806.

Оценка тяжести потенциальных негативных последствий возможного несоблюдения обязательных требований проводится с учетом:

- возможной степени тяжести потенциальных случаев причинения вреда;
- возможной частоты возникновения и масштаба распространения потенциальных негативных последствий в рамках подобных случаев причинения вреда;
- трудности преодоления возникших в их результате негативных последствий возможного несоблюдения обязательных требований.

Под степенью тяжести потенциальных случаев причинения вреда подразумевается соответствующая тяжесть последствий произошедших случаев причинения вреда. Так, например, в случае, если охраняемой законом ценностью является жизнь и здоровье граждан, то можно выделить следующие степени тяжести вреда: смерть, причинение тяжелого, среднего и незначительного вреда здоровью.

Под масштабом распространения потенциальных негативных последствий в рамках подобных случаев причинения вреда подразумевается количественное измерение охраняемых законом ценностей, находящихся под потенциальным негативным воздействием различной степени тяжести. Так,

например, в случае если охраняемой законом ценностью является жизнь и здоровье граждан, то подобные случаи причинения вреда можно классифицировать по потенциальному числу погибших, получивших тяжелый, средний или незначительный вред здоровью.

Под трудностью преодоления возникших негативных последствий возможного несоблюдения обязательных требований понимается наличие компенсационных мер, возможности возмещения ущерба или ликвидации негативных последствий. Так, применительно к жизни и здоровью граждан должна оцениваться возможность устранения последствий и восстановления здоровья в случае причинения того или иного вреда.

Кроме учета критериев, которые определяют возможную величину вреда и возможную частоту его возникновения, требуется также учесть критерии, которые указывают на поведенческие особенности того или иного подконтрольного субъекта, которую отражает оценка вероятности несоблюдения данными юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями обязательных требований.

Под оценкой вероятности несоблюдения юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями обязательных требований подразумевается предположение относительно их добросовестности.

При оценке вероятности несоблюдения объектами обязательных требований анализируется имеющаяся в распоряжении органов, уполномоченных на осуществление государственного контроля (надзора), информация о результатах ранее проведенных проверок юридического лица или индивидуального предпринимателя и назначенных административных наказаниях за нарушение обязательных требований.

Учет индивидуального поведения предполагает возможность перемещения как в более высокую, так и в более низкую категорию риска при недобросовестном или добросовестном поведении. Информация, используемая для расчета критериев отнесения к категориям риска, должна быть проверяема заинтересованными сторонами, обновляема и поддаваться администрированию самим органом государственного контроля (надзора).

При распределении подконтрольных субъектов по категориям риска необходимо ориентироваться на увеличение интенсивности контрольно-надзорных мероприятий в отношении подконтрольных субъектов, причиняющих максимальный ущерб (вред) охраняемым ценностям, при одновременном снижении частоты проверок или отказ от плановых проверок в отношении подконтрольных субъектов (объектов), не причиняющих значимый вред охраняемым ценностям.

Новые положения Федерального закона от 26.12.2008 №294-ФЗ в части риск-ориентированного подхода при осуществлении государственного контроля (надзора) применяются с 1 января 2018 г.

Внедрение риск-ориентированного подхода невозможно без построения эффективной системы сбора и анализа информации, которая бы позволяла

ответственно формировать подходы к государственному контролю в отношении отдельно взятой медицинской организации [23].

Бенчмаркинг (англ. benchmarking) – сопоставительный анализ на основе эталонных показателей – является одним из средств современного управления и приобретает особое значение в системе здравоохранения в связи с необходимостью учета большого объема данных.

Применение новых информационных технологий в сфере здравоохранения, в том числе в практике работ каждой медицинской организации, обеспечит мониторинг основных показателей соблюдения обязательных требований к качеству и безопасности медицинской деятельности. Вместе с тем оперативность доступа к таким данным и оценка динамики изменения показателей позволят проводить сравнительный анализ деятельности подконтрольных субъектов.

Примером может служить анализ исполнения критериев оценки качества медицинской помощи, установленных приказом Минздрава России от 10.05.2017 №203н (вступил в силу с 1 июля 2017 г.), как в рамках одной медицинской организации, так и для сравнения в нескольких медицинских организациях.

С помощью информационных ресурсов необходимо обеспечить взаимодействие всех заинтересованных сторон: федеральных и региональных органов власти в сфере охраны здоровья, Росздравнадзора и фондов обязательного медицинского страхования, пациентов, медицинских и фармацевтических организаций.

Таким образом, риск-ориентированный подход является методом организации и осуществления государственного контроля (надзора), при котором в предусмотренных случаях выбор интенсивности (формы, продолжительности, периодичности) проведения мероприятий по контролю, мероприятий по профилактике нарушения обязательных требований определяется отнесением деятельности юридического лица, индивидуального предпринимателя к определенной категории риска.

2.2 Аудит эффективности и социальный аудит как методы повышения уровня экономической безопасности в сфере здравоохранения

Аудит эффективности представляет собой тип финансового контроля, осуществляемого посредством проведения контрольного мероприятия, целями которого является определение эффективности использования средств бюджета и государственной собственности, полученных проверяемыми органами и организациями для достижения запланированных целей, решения поставленных социально-экономических задач и выполнения возложенных функций [32].

Цель аудита эффективности государственных средств заключается в определении того, насколько экономно, производительно и результативно органы исполнительной власти и бюджетные учреждения используют

финансирование в процессе осуществления своих функций и выполнения поставленных перед ними задач.

Экономичность понимается как минимизация расходов на ту или иную цель при обеспечении требуемого качества работы.

Продуктивность представляет собой соотношение результатов деятельности организации и использованными на их производство ресурсами.

Результативность характеризуется уровнем выполнения организацией поставленных задач в виде соотношения между запланированными и фактическими результатами деятельности.

Анализ сущности и содержания аудита эффективности позволяет сформулировать принципы проведения такого финансового контроля:

- контроль реализации решений органов законодательной или исполнительной власти;

- оценка деятельности органов исполнительной ветви власти по эффективному использованию бюджетных средств при реализации государственных и муниципальных программ.

Выбор соответствующих критериев и показателей определяет достоверность результатов аудита эффективности. При этом однозначность оценки показателей гарантирует точность определения степени достижения приоритетов государственной политики в данной сфере и возможность качественного планирования развития здравоохранения на основе полученных данных.

Выделяют следующие этапы выбора критериев и показателей оценки эффективности:

- предварительное изучение предмета аудита эффективности и деятельности проверяемых объектов;

- постановка целей и задач аудита эффективности;

- разработка критериев оценки эффективности в соответствии с целями и задачами;

- выбор показателей оценки эффективности в соответствии с критериями;

- согласование критериев и показателей с руководством проверяемого объекта.

При отсутствии разногласий – утверждение перечня критериев и показателей для проведения аудита эффективности.

Среди научных работ, имевших предметом разработку показателей эффективности финансирования системы здравоохранения, стоит отметить методику, предложенную М.Д. Дугановым [14].

Отличие методики заключается в том, что она позволяет оценить экономическую эффективность, в то время как большинство методик оценивают лишь социальную и структурную эффективности системы здравоохранения региона.

Смысл методики заключается в сопоставлении совокупных затрат бюджета и внебюджетных государственных фондов на финансирование

системы здравоохранения с масштабами социальных потерь общества от болезней.

Предложенный индекс «стоимость – эффективность» рассчитывается по формуле:

$$T = \frac{C}{L} \quad (1)$$

где T – индекс «стоимость – эффективность»;

C – затраты на здравоохранение, руб. на 1 жителя;

L – социальные потери от преждевременной смертности населения в потерянных годах потенциальной жизни, чел.-лет на 1000 чел. населения.

Анализ затрат и социальных потерь проводится по классификационным группам в соответствии с международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем по муниципальным образованиям региона.

На основе рассчитанных данных автор предлагает построить четыре квадранта, соответствующих четырем вариантам соотношений, которые интерпретируются следующим образом:

– «высокие затраты – высокие потери» - неэффективное использование ресурсов с точки зрения предупреждения преждевременной смертности;

– «высокие затраты – низкие потери» - избыток ресурсов, при этом возможно перераспределение ресурсов внутри системы здравоохранения на лечение других классов болезней, либо на более дешевые виды помощи;

– «низкие затраты – высокие потери» - недостаточность ресурсов и необходимость дополнительного финансирования, при этом дополнительные ресурсы могут быть направлены в социальную или в производственную сферу в зависимости от того, какие мероприятия дадут максимальный эффект по предупреждению или уменьшению преждевременной смертности;

– «низкие затраты – низкие потери» - эффективная схема с точки зрения предупреждения преждевременной смертности.

На основе отечественного и зарубежного опыта авторами научного исследования предлагается система показателей социальной, структурной и экономической эффективности финансирования здравоохранения на региональном уровне (табл. 2.1, 2.2, 2.3) [26].

Показатели социальной эффективности позволяют оценить конечный результат функционирования системы здравоохранения в регионе.

Показатели структурной эффективности позволяют оценить динамику перевода оказания медицинской помощи из круглосуточного стационара в дневной стационар.

Затраты на лечение пациентов в дневном стационаре ниже по сравнению с круглосуточным, а эффект от лечения сопоставим.

Показатели экономической эффективности позволяют оценить фактические объемы медицинской помощи по сравнению с утвержденными территориальными нормативами, масштабы понесенного экономического ущерба в результате не проведенных профилактических мероприятий.

Таблица 2.1 – Показатели оценки социальной эффективности

Наименование показателя	Формула расчета	Критерий
Уровень рождаемости (степень достаточности родившихся человек для замещения поколений родителей поколениями детей)	$n = \frac{N}{P}$ <p>где n – уровень рождаемости; N – общее число живорождений за период; P – средняя численность населения за период</p>	$n < 16$ – низкий; $16 \leq n < 24$ – средний; $24 \leq n < 30$ – выше среднего; $30 \leq n < 40$ – высокий; $n \geq 40$ – очень высокий
Показатель ожидаемой продолжительности жизни при рождении	$I = \frac{X_{\text{факт}} - X_{\text{min}}}{X_{\text{max}} - X_{\text{min}}}$ <p>где I – показатель ожидаемой продолжительности жизни при рождении; $X_{\text{факт}}$ – фактическая средняя продолжительность жизни; X_{min} – минимальное значение, равное 25 годам; X_{max} – максимальное, равно 85 годам</p>	Сравнивается со средним показателем по РФ или федеральному округу

Таблица 2.2 – Показатели оценки структурной эффективности

Наименование показателя	Формула расчета	Критерий
Показатель стационарозамещения	$p = \frac{a}{b}$ <p>где p – показатель стационарозамещения; a – число пациенто - дней в дневном стационаре; b – число койко – дней в круглосуточном стационаре</p>	$p < 0,2$ – низкий уровень; $0,2 \leq p < 0,4$ – средний уровень; $p \geq 0,4$ – высокий уровень
Показатель объема оказания медицинской помощи по видам: - скорая медицинская помощь; - амбулаторно – поликлиническая помощь; - стационарная помощь; - дневные стационары	$k = \frac{F}{T}$ <p>где k – объема оказания медпомощи по видам; F – фактически оказанный объем по видам медпомощи населению; T – территориальный норматив по видам медпомощи</p>	$k < 1$ – объем оказания медпомощи не достиг установленного норматива; $k = 1$ – объем оказания медпомощи соответствует нормативу; $k > 1$ – объем оказания медпомощи превышает установленный норматив

Таблица 2.3 – Показатели оценки экономической эффективности

Наименование показателя	Формула расчета	Критерий
Показатель соответствия подушевых нормативов финансирования	$p = \frac{(a * k^{-1})}{b}$ <p>где p – соответствие подушевых нормативов финансирования; a – подушевой норматив финансирования базовой программы ОМС, утвержденный в территориальной программе государственных гарантий; b – подушевой норматив финансирования базовой программы ОМС, утвержденный Правительством РФ в программе госгарантий оказания гражданам бесплатной медпомощи; k – районный коэффициент</p>	$k < 1$ – территориальный норматив ниже федерального; $k = 1$ – территориальный норматив соответствует федеральному; $k > 1$ – территориальный норматив выше федерального
Показатель ущерба от временной нетрудоспособности (процент от валового регионального продукта в субъекте РФ)	$p = \frac{a * b * c}{d} * 100\%$ <p>где p – показатель ущерба от временной нетрудоспособности; a – средняя продолжительность временной нетрудоспособности в сутках; b – размер среднедневных выплат по временной нетрудоспособности в субъекте РФ; c – число застрахованных в системе ОМС работающих граждан; d – валовой региональный продукт за год</p>	Сравнивается со средним показателем по федеральному округу

Таким образом, внедрение показателей и критериев аудита эффективности финансирования здравоохранения на региональном уровне позволяет:

- выявить резервы по обеспечению должного объема и качества оказания услуг медицинской помощи населению края без увеличения расходов в соответствии с программой государственных гарантий бесплатной медицинской помощи населению;
- принять соответствующие управленческие решения для повышения социальной, структурной и экономической эффективности финансирования здравоохранения;
- опознать необходимые усовершенствования существующих средств управления и контроля, эксплуатационных систем и процессов работы для лучшего использования ресурсов в системе обязательного медицинского страхования.

Усиление внимания к управлению социальными аспектами деятельности медицинских учреждений предопределило появление нового вида аудита – социальный аудит в сфере здравоохранения.

Социальный аудит в здравоохранении – это процесс оценки, повышения эффективности деятельности работы медицинской организации, анализ внутренней и внешней социальной среды медицинских учреждений с целью

выявления факторов социальных рисков, выработки предложений по снижению их воздействия на эффективность деятельности организации, а также подготовки отчета в процессе реализации элементов социального аудита в рамках системы управленческого учета [27].

Социальный аудит оценивает реализацию планов, соглашений и договоров, направленных на повышение эффективности трудовой деятельности, снижение текучести кадров, повышения удовлетворенности условиями труда и социальной жизнью работников и т.п.

Объектом социального аудита в здравоохранении являются социоэкономические отношения в контексте разработки, принятия и реализации трех- и двусторонних соглашений, и коллективных договоров, планов и программ социального развития, действующих на всех уровнях системы социального партнерства и управления социально-экономической сферой.

Предметом социального аудита в здравоохранении является достоверная и объективная социоэкономическая информация, поступающая со всех уровней обследования социоэкономических отношений через анализ существующей нормативно-правовой документации (законы, указы, соглашения, договоры, приказы, положения, инструкции), через мониторинг и статистические данные.

Методы социального аудита в здравоохранении – это совокупность приемов, подходов, способов изучения социоэкономических процессов в их динамике и статике.

Основные задачи социального аудита в здравоохранении:

- оценка кадровой политики, ее согласованности с целями, задачами стратегией развития медицинского учреждения;
- оценка соответствия плановой численности медицинского персонала производственной программе, количественного и качественного состава работников – тактическим и стратегическим целям медицинского учреждения;
- оценка соответствия используемых методов подбора и отбора персонала требованиям законодательства, социальной и экономической эффективности;
- анализ используемых методов расстановки и адаптации персонала, их соответствие интересам работников и стратегии развития медицинской организации;
- анализ состояния медицинского учреждения и нормирования труда;
- анализ условий труда и техники безопасности;
- диагностика применяемой системы аттестации и деловой оценки медицинского персонала на предмет соответствия требованиям социальной и экономической эффективности, решению стратегических задач медицинского учреждения;
- анализ организации оплаты труда персонала, реализации ее воспроизводственной, социальной и стимулирующей функций;

- оценка системы стимулирования и мотивации труда, обеспечения заинтересованности персонала в улучшении результатов своей деятельности;
- анализ используемых форм обучения, повышения квалификации и переподготовки персонала, их соответствия текущим и стратегическим целям предприятия и интересам работников;
- оценка системы учета управленческого кадрового потенциала и его использования в системе продвижения персонала по служебной лестнице;
- анализ системы управления социально-трудовыми отношениями, формированием благоприятного социально-психологического климата в коллективе;
- оценка деятельности организации по формированию организационной культуры;
- оценка эффективности деятельности службы управления персоналом.

Социальному аудиту в сфере здравоохранения присущи следующие характеристики [39]:

- комплексность (охватываются все аспекты социальной деятельности медицинской организации: аудит сферы управления человеческими ресурсами, менеджмента качества, социальной ответственности и пр.);
- сопоставимость (социальный аудит предлагает инструменты, с помощью которых возможно соотнести социальную деятельность и ее результаты своего медицинского учреждения с деятельностью других медицинских организаций);
- регулярность (проведение социального аудита предполагает определенную периодичность);
- прозрачность (результаты социального аудита доводятся до всех заинтересованных сторон);
- верифицируемость (для проведения социального аудита привлекаются незаинтересованные социальные аудиторы).

Проблемами социального аудита в здравоохранении являются [35]:

- различные формы собственности медицинских учреждений;
- сложность нормативно-правовой базы функционирования медицинских учреждений, частные изменения нормативных актов, регулирующих их деятельность;
- ведомственный финансовый контроль, частично воздействующий только на медицинские учреждения, находящиеся в государственной и муниципальной собственности.

При проведении социального аудита в медицинских учреждениях наиболее широкое применение приобрели пять методик, авторами которых являются: Н.В. Кузнецова – Методика аудита социальной безопасности персонала; А.А. Шурус – Методика проведения экологического аудита; Ж.

Игаленс – Аудит системы управления человеческими ресурсами, А.С. Суглобов и Д.В. Шибиков – Методика аудита медицинских учреждений.

Согласно данным методикам, социальный аудит в медицинских учреждениях подразумевает последовательную реализацию четырех этапов [30]:

а) предварительное планирование аудита; данный этап включает сбор информации об особенностях деятельности медицинского учреждения, который в свою очередь включает:

1) сбор экономической информации (определение видов, объема и цены предоставляемых услуг, определение социальной значимости учреждения). Источниками информации является: учетная политика, устав, документы, регламентирующие организационную структуру, правила внутреннего распорядка, статистическая отчетность медицинского учреждения;

2) сбор социально-трудовой информации (определение социальной и правовой защищенности персонала, определение социального климата). Источниками информации является: штатное расписание, трудовые договоры, должностные инструкции;

3) сбор экологической информации (оценка вредных веществ медицинского учреждения на окружающую среду, определение природоохранных мероприятий). Источниками информации является: экологический паспорт учреждения, данные статистической отчетности, лицензии и договоры на природопользование, технологические карты, картографические материалы.

б) планирование системы аудита; на данном этапе определяется оптимальная стратегия и тактика проведения аудита с учетом индивидуальных особенностей медицинского учреждения. Планирование включает в себя: оценку надежности системы внутреннего контроля в области финансовой деятельности, человеческих ресурсов, экологической деятельности учреждения, оценку аудиторских рисков, формирование общего плана и программы аудита. И как следствие, данный этап является важнейшим при проведении аудиторской проверки.

в) проверка по существу; при проведении социального аудита в медицинских учреждениях данный этап включает:

1) аудит эффективности (полнота выполнения задач и функций – в соответствии с программами работы, плановыми заданиями);

2) аудит оплаты труда и соблюдения трудового законодательства (оценка среднемесячной заработной платы, и выплат социального характера, наличие трудовых споров и нарушений трудового законодательства);

3) аудит занятости, безопасности и здоровья персонала (уровень текучести, постоянства, неполной занятости кадров. Оценка заболеваемости и травматизма);

4) экологический аудит (оценка вредного воздействия на окружающую среду и определение природоохранных мероприятий).

г) заключительный; на данном этапе аудитор проводит оценку и анализ полученной в ходе аудита информации. Составляет аудиторское заключение, в котором выражает свое мнение о результатах проведенной проверки, указывая выявленные нарушения, выдает рекомендации по оптимизации деятельности медицинского учреждения в будущем.

Проведение социального аудита в медицинской организации дает следующий эффект [21]:

- сокращаются операционные расходы;
- улучшается конкурентоспособность медицинского учреждения;
- снижается текучесть кадров и повышает лояльность персонала.
- в совокупности это приводит к увеличению финансовых показателей медицинской организации.

Следовательно, социальный аудит не только исследует особенности социэкономических отношений в обществе, но и предлагает практический инструментарий и методологию, которые четко укладываются в концепцию управленческого учета [37].

2.3 Клинический аудит как преждевременная мера для контроля обеспечения безопасности медицинского учреждения

Понятие клинического аудита происходит из медицинского аудита. В 1989 году в Великобритании медицинский аудит был дефинирован как систематический анализ медицинского качества, в котором отслеживались процедуры диагностики и лечения, использование ресурсов, результаты и качество жизни пациентов. В течение времени понятие аудита значительно расширилось.

Клинический аудит является процессом улучшения качества, целью которого является улучшение лечения пациентов и результатов лечения, оценивая их систематически с определенными критериями и применяя необходимые изменения как для отдельных сотрудников, так и для учреждения/структурной единицы или на уровне конкретной медицинской услуги. При помощи клинического аудита можно способствовать внедрению лучшей практики в здравоохранении и улучшать как внутренний порядок оказания медицинской услуги, так и результаты для ее конечных пользователей - пациентов.

Клинические аудиты проводятся преимущественно ретроспективно, анализируя медицинскую документацию и документы, регулирующие организацию лечения. Аудит, основанный на оценке документов, зависит в большой степени от качества документации. Аудиты не рекомендуется проводить проспективно, поскольку информированность об планируемом аудите может повлиять на обычную деятельность.

Между научными исследованиями и клиническими аудитами есть важная связь: чем лучше научными исследованиями доказано предпочтение какого-либо метода лечения перед другим, тем надежнее становятся стандарты

лечения (далее: стандарт), которые в свою очередь являются основанием для проведения клинических аудитов. Клинические аудиты и научные исследования ищут ответ на специфические вопросы и каждый из них обычно включает в себя постановку задачи, выбора критериев оценки или вопросников, сбор данных и анализ результатов вместе с заключением и выводами. Несмотря на то, что подготовительная работа такая же, у них много различий, самые важные из которых представлены в нижеприведенной таблице (см. таблицу 2.4) [44].

Ниже представленная методика клинического аудита разработана рабочей группой медицинского факультета Тартуского Университета Эстонии. Методика сфокусирована на проведении аудитов, основанных на стандартах, но исходя из цели аудитов нужно выбрать, какой аспект в медицинской услуге будет оцениваться. В случае аудита, сфокусированного на структуре, оценивается, есть ли необходимые для определенной деятельности и отвечающие требованиям ресурсы, в том числе сотрудники, аппаратура и помещения. В Эстонии такими аудитами могут считаться государственный контроль, который проводит Департамент Здравоохранения в своей сфере деятельности. В результате контроля делаются предписания для улучшения деятельности и в случае нарушений есть возможность применить силу закона на основании и в рамках предписанных законных актов. Несмотря на то, что клинические аудиты не являются структурными аудитами, но в известных случаях может быть оправданным проведение оценки структуры в рамках клинического аудита, если это критически важно для достижения результатов лечения.

Таблица 2.4 - Различия клинического аудита и научного исследования

Научное исследование	Клинический аудит
Дает ответ на вопрос: «какая практика лучше?»	Дает ответ на вопрос: «соблюдаются ли оговоренные правила лучшей практики?»
Связана с разными теориями	Основывается на лучшей клинической практике
Основывается на гипотезах	В основе лежат стандарты
Может включать в себя или предлагать совершенно новые методы лечения	Не включает и не предлагает никогда новых методов лечения, в то же время исходным элементом является организация лучшего лечения или ведения пациента
Получают новые знания для лечения и диагностики	Полученные в ходе исследований знания используются в диагностике и аудировании лечения
Часто исследуется большая группа людей в течение долгого времени	Чаще всего аудируются небольшие группы пациентов и небольшие периоды времени
Точная методика: вычисленный объем выборки, статистический анализ и др.	Разные методические возможности, для интерпретирования результатов статистический анализ используется меньше
Результаты представляются широкой общественности	Результаты важны прежде всего на местном уровне

В большинстве случаев клинические аудиты фокусируются на оценке процессов, чтобы выяснить, насколько решения, связанные с проведенными исследованиями и лечением, помогли достичь лучших результатов лечения. В основе качества оценки процесса лечения используются стандарты, которые

прежде всего опираются на источники, основанные на доказательствах, но в случае их отсутствия могут основываться на экспертных оценках (например, договор согласия союза врачей-специалистов).

При проведении клинического аудита необходимо иметь в виду связи между структурой, процессом и полученными результатами необходимых для оказания медицинской услуги, и нужно выбрать объект аудирования:

- структура – определяются, какие ресурсы необходимы для оказания мед. услуги и лечения или ухода за пациентом. Ресурсами являются: состав персонала, разная квалификация, организация работы в учреждении, требования к помещениям и аппаратуре, также связанные с пациентами данные, их читаемость, соответствие требованиям и ведение документации с личной информацией;

- процесс – берутся вместе виды деятельности и решения, которые касаются пользователей мед. услуг, т.е. пациентов. Он может включать в себя общение, консультации, хирургические или терапевтические процедуры, консультации/обучение и документирование. Было установлено, что при использовании критериев процесса медицинские сотрудники сосредотачиваются напрямую на тех пунктах, которые помогают улучшать результаты лечения (*improved health outcomes*). Важно обозначить, каким образом критерии процессов влияют на результаты;

- результат – оценивается изменение в результате какого-либо медицинского вмешательства и при этом дается обзор состояния здоровья и/или уровня знаний и/или уровня удовлетворенности. Иногда разумнее оценивать и промежуточные результаты (например, кровяное давление, силу боли), поскольку одно только измерение конечных результатов не может дать достаточно информации о том, что явилось причиной изменения, и что нужно изменить для достижения лучшего результата. Одной из составляющей результатов является удовлетворенность пациентов, однако фокусирование на ней не является самой главной из оценок результатов лечения.

Процесс клинического аудита состоит из разных этапов, которые в свою очередь разделяются на разные виды деятельности (см. таблицу 2.5) [48].

Согласно процессу клинического аудита, у аудита есть несколько сторон: заказчик клинического аудита, который придумывает тему, рабочая группа клинического аудита, аудируемое медицинское учреждение или структурная единица.

Авторами темы клинического аудита могут быть исполнители медицинской услуги, связанные с данной областью, врачи-специалисты или государственные учреждения, которые желают исправить качество медицинской услуги.

Задачей автора темы является объяснение необходимости в аудите. Автор может сам рекомендовать аудитора.

Автор темы и заказчик аудита не обязательно должен быть одним и тем же лицом, например, в случае заказанных больничной кассой аудитов идея темы может поступить от союза врачей-специалистов.

Таблица 2.5 – Процесс клинического аудита

Название этапа	Характеристика этапа
Подготовка к аудиту	<ul style="list-style-type: none"> – оценка тем аудита и их выбор; – формирование рабочей группы аудита; – формулирование цели аудита; – составление критериев на основе стандартов; – составление выборки аудита; – оповещение аудируемых объектов вместе с обсуждением; – подготовка к сбору данных аудита.
Процесс аудита	<ul style="list-style-type: none"> – сбор данных; – анализ данных и сравнение результатов со стандартами; – составление отчета; – предоставление результатов лицам аудируемого объекта; – обратная связь с аудируемыми лицами; – обсуждение результатов аудита.
Деятельность по улучшению деятельности аудируемой единицы	<ul style="list-style-type: none"> – составление плана внедрения предложения по улучшению; – внедрение деятельности по улучшению.
Новая оценка	<ul style="list-style-type: none"> – план мероприятий по повторной оценке; – повторный аудит.

Наиболее подробно обязанности сторон при проведении клинического аудита продемонстрированы на рисунке 2.1 [46].

Задачей заказчика является выбор аудируемых тем, составление для каждой из тем рабочей группы аудита и проведение подготовительной работы.

Рабочая группа клинического аудита продолжают подготовку и деятельность по аудиту. Частично к их обязанностям относятся и некоторые задачи по этапам исправления.

Независимо от того, организовывается ли аудит в одном учреждении или охватывается несколько, целесообразно пригласить в работу по аудиту связанный с темой союз врачей-специалистов, который сможет согласовать критерии оценки аудита и участвовать в выработке предложений по исправлению.

Одной из сторон процесса по аудиту является аудируемые медицинские учреждения/структурные единицы/клиницисты, задачей которых является создание доступа аудиторам к медицинской документации, дать при необходимости пояснения и разработать после аудита предложения по исправлению.

С целью проведения успешного аудита необходимо внимательно отбирать его тему. Нужно помнить, что проведение аудита требует ресурсов, поэтому надо ответить на вопрос: какой из методов является для эго оценки самым подходящим [52].

Выбор темы аудита начинается с обнаружения возможных недостатков. Предложения по проведению аудита могут возникнуть по результатам прежних аудитов, из исследований удовлетворенности или из других источников.

Например, в плане внедрения руководства по лечению в некоторых случаях предусмотрено проведение аудита, чтобы оценить внедрение рекомендаций из руководств по лечению.

Кроме того, необходимость в таком аудите может возникнуть, если:

- есть различия в деятельности разных исполнителей медицинских услуг;
- наблюдается значительное увеличение расходов;
- обнаружались проблемы качества лечения (в т.ч., жалобы пациентов).

Если темы, между которыми делается выбор, выстроены в очередность по важности, необходимо еще раз взвесить, является ли аудит самым подходящим методом для данной темы. В некоторых случаях, для достижения цели более подходящим является анализ медицинской документации, оценки собираемых рутинным способом данных или другие методы.

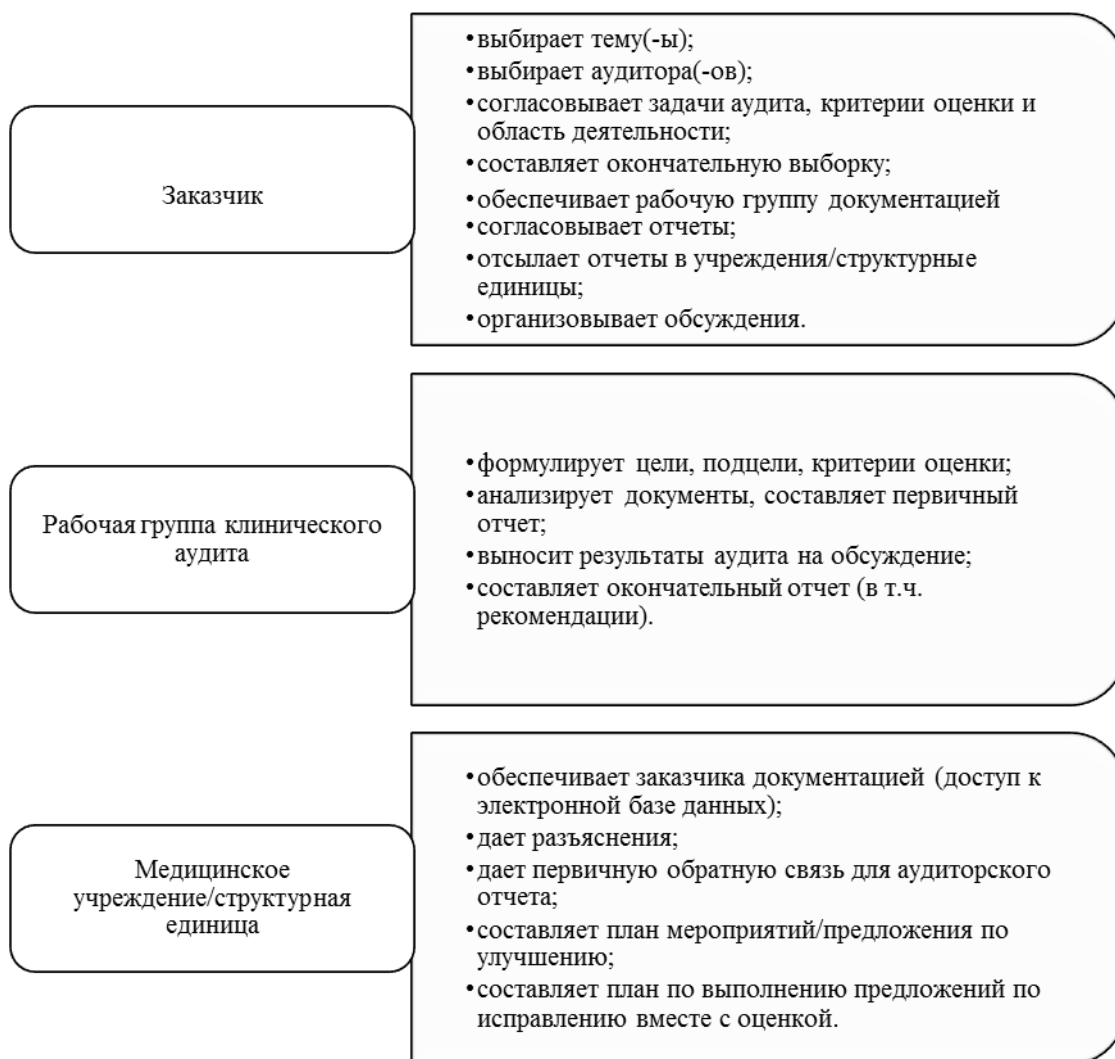


Рисунок 2.1 – Участники клинического аудита и их обязанности

Самый простой способ выбора темы – это выяснение наиболее важных тем при помощи оценки. Для этого необходимо применить таблицу (табл. 2.6) [42], которую можно при необходимости адаптировать. Желательно использовать шкалу оценки в промежутке от 1 до 3.

При комплектовании рабочей группы аудита необходимо помнить, что специалисты должны обладать компетенцией в областях:

- клиническая компетентность в области аудирования;
- знание методики аудита;
- умение сбора и анализа данных;
- предоставление результатов и их интерпретация;
- управление проектами и их ведение.

Таблица 2.6 – Алгоритм выбора темы с учетом важности выбранных тем аудита

Критерии выбора	Тема 1	Тема 2	Тема 3
Связана ли тема с высокими затратами?	1-3	1-3	1-3
Различаются ли процесс лечения и его результат?	1-3	1-3	1-3
Высок ли риск лечения для пациента?	1-3	1-3	1-3
Связана ли тема с приоритетными областями медицины?	1-3	1-3	1-3
Известны ли случаи проблем качества, связанные с данной темой (например, жалобы пациентов)?	1-3	1-3	1-3
Возможно ли, используя результат аудита, произвести улучшения?	1-3	1-3	1-3
Итого (сумма баллов)			

После утверждения темы аудита начинается поиск подходящих кандидатов для аудиторов. Рекомендаций можно спросить у союза врачей-специалистов. Независимо от заказчика желательно вместе утвердить руководителя аудита, который отвечает за проведение аудита. Задачей руководителя аудита является соответствие проекта аудита требованиям и распределение обязанностей, соответствующее графику, и плотное сотрудничество между членами рабочей группы аудита.

В качестве руководителя аудита подходит человек, у которого есть опыт в ведении проектов. Аудиторы должны соответствовать следующим критериям:

- компетентность в специальности (быть в курсе действующих медицинских стандартов, и новых методов лечения);
- объективность и отсутствие заинтересованности в результатах аудита;
- независимость от темы аудита;
- опыт клинической работы в области аудирования от 3 до 5 лет;
- надежность, честность и вежливость в отношении всех сторон, участвующих в аудите.

Размер рабочей группы аудита зависит от темы и объема аудита. Рекомендуемый размер рабочей группы - 2-4 человека. В большом коллективе существует вероятность возникновения вопросов неоднозначной интерпретации данных, коммуникации и координации работы.

Цель аудита должна выражать словесно получаемый аудитом результат. Поскольку цель общая, то рекомендуется формулировать еще подцели или основные вопросы, на которые должны найти ответ аудиторы, и которые дают четкую картину того, что нужно оценивать для достижения цели.

При формулировании цели аудита необходим анализ следующих составляющих [45]:

- какой вид вмешательства оценивается;
- каковы основные вопросы, на которые должен дать ответ аудит;
- какие стандарты и источники используются при составлении критериев оценки аудита;
- какие целевые группы охватывает аудит (пациенты, диагнозы);
- какие источники информации (электронные, бумажные носители или оба вида документов) используются при оценке.

Клинический аудит основывается на стандартах. Соответствие проведения аудита стандартам оценивается по разным критериям. Стандарт – это заранее утвержденный уровень или по умолчанию оговоренный диапазон, в который желают попасть при ведении поднадзорного проекта. Критерий помогает изучить виды деятельности, о которых аудиторы желают получить сравниваемые данные.

После формулирования сферы проведения аудита выбирается материал, основанный на доказательствах, на основе которого создаются критерии оценки, учитывая цели аудита и его задачи. Лучшим базовым материалом для составления критериев оценки являются руководства по лечению и деятельности, составленные с учетом местных особенностей региона. Для всех критериев оценки, выбранных для аудита будет корректным добавить ссылку на источник, на котором основывался критерий оценки. Используемых источников может быть несколько.

Для выработки критериев оценки используются следующие документы:

- руководства по лечению и ведению работы, действующие в регионе, стране или международные (в том числе оговоренные практические направления);
- внутриорганизационные документы по организации работы;
- правовые акты.

Если они отсутствуют, можно будет использовать лучшие источники информации со следующей иерархией:

- результаты систематических обзоров;
- рандомизированные результаты контрольных исследований (RCT);
- результаты контрольных исследований;
- результаты отдельных единичных исследовательских работ;
- экспертные оценки.

Критерии оценки должны быть связаны с темой аудита, его целями и задачами. Если при составлении критериев оценки в основу берутся международные руководства по лечению или протоколы (одно отдельное руководство по лечению в целом не всегда дает необходимое обоснование для оценки), то важно прежде всего достичь общей договоренности о том, какое руководство по лечению будет считаться основополагающим для составления критериев оценки. Формулировка критериев оценки и выбранная шкала должны быть одинаково понятны как для аудиторов, так и для аудируемых лиц.

Самая распространенная и простая шкала составляется по принципу да/нет (отвечает/или не отвечает стандартам). При необходимости добавляются нейтральные варианты ответов – например, в случае, если соответствие оценить невозможно (например, пациент не принадлежит целевой группе на основании данного критерия). Оценка по двойной системе не всегда бывает достаточна. В этом случае используются другие шкалы (интервальная шкала, шкала Ликерти и др.). В случае использования таких шкал важно до оценки точно обозначить соответствие и несоответствие стандартам [50].

Если аудиторы должны в ходе аудирования дать качественные оценки, то желательно заранее оговорить, в каких случаях дается качественная оценка. Качественными оценками прежде всего выражают скорее удовлетворённость, чем прямое соответствие взятой за оценку норме.

При составлении критериев оценки необходимо обращать внимание на мелкие детали, которые при первом взгляде не всегда кажутся важными. Например, если оценивается сфера трансфузии компонентов крови, то нужно использовать одинаковые единицы объема для обозначения количеств (единица vs. мл). В случае критериев, где стандартам соответствует как вариант А, так и вариант В, нужно взвешивать все-таки необходимость в уточняющей документации (вариант А, вариант В, оба, ни один из них), поскольку это может дать важную информацию для последующего составления предложений (например, разрешены оба, но вариант А дешевле).

Если сфера аудита и критерии оценки оговорены, формируют выборку или список (лечебных) случаев, при анализе которых рекомендуется получить ответы на вопрос, поставленный в ходе аудита. Для аудирования и проведения оценки качества медицинских услуг не обязательно исходить из критериев, аналогичных критериев исследовательской работы, поскольку цель аудита – это не оценка того, насколько лечение основано на доказательствах. В общем случае аудит для проведения оценки охватывает не все связанные лечебные случаи, а только выборочные. Клинический аудит не является исследовательской работой, которая должна охватывать большое количество обследуемых для достижения надежности и обобщения результатов, чтобы показать, какой вид медицинского вмешательства лучше. В основе клинического аудита решается, отслеживаются ли стандарты в практике, и поэтому информативной является и меньшая выборка. Оценивая соответствия стандартам при проведении простых аудитов, достаточно включить в выборку 20-50 случаев. Включенных в выборку случаев должны быть достаточно для понимания того, имеем ли мы при обнаружении недостатков дело с отклонениями, связанными с особенностями пациентов, системной или случайной ошибкой.

Если окажется, что оговоренная сфера аудита не позволяет собрать выборку необходимой величины, то цели аудита и формирование выборки нужно пересмотреть и при необходимости изменить (например, увеличить период наблюдения). Также можно провести проспективные аудиты

(мониторинги), при которых собираются данные в течение определенного времени.

При выборе технического решения сохранения данных важно учитывать необходимость и возможности обработки данных, а также их доступность в течение времени (например, при проведении повторного аудита). При внесении и сохранении данных обязательно нужно отслеживать требования этики и конфиденциальности. Самый распространенный способ сохранения данных это таблицы Excel. Сегодня имеются и более быстрые IT-решения (в том числе и бесплатные приложения docs.google.com или surveymonkey.com).

При сборе и обработке данных необходимо отслеживать следующие аспекты:

- данные обрабатываются юридически верно;
- данные обрабатываются и анализируются только в целях аудита;
- используются корректные и своевременные данные;
- документы не хранятся дольше, чем нужно и копии документов уничтожаются;
- данные защищены.

В случае цифровых характеристик данных (например, 1 = да, исследование сделано, 2 = исследование не сделано, 3 = не задокументировано), обычно используются показатели и содержание каждого показателя словесно зафиксировано в описании показателя (например, в дополнительных приложениях выборки данных). Об основных понятиях для количественной характеристики показателей аудиторы договариваются между собой.

Для проведения наблюдения у структурной единицы берется согласие; оно может проходить в виде непосредственного наблюдения или при помощи вспомогательных средств наблюдения (например, веб-камеры). Веб-камера может быть необходимой для обеспечения беспристрастности и защиты оценщика, а также может оказывать меньшее вмешательство в обычную рабочую атмосферу. В общем случае наблюдение используется по крайней мере в двух этапах, чтобы обеспечить актуальность результатов. Если наблюдается оказание медицинской услуги, то для этого нужно получить согласие участвующего в нем пациента. Также необходимо обеспечить неприкосновенность личной жизни пациента [39].

Если при проведении аудита используются опросы пациентов, то они информируются о целях и методах оценки аудита: у пациента берут письменное согласие об участии в проведении оценки и анализе данных. Пациенту объясняется, что его данные будут использоваться только в кодированном виде, и они не будут опубликовываться в отчете аудита или любым другим способом. Опрос можно проводить в форме интервью, письменно или электронным способом.

Целью отчета по результатам проведения аудита является непредвзятая, объективная и своевременная информация и рекомендации, чтобы была возможность в процессе улучшения качества принять правильные решения. При опубликовании результатов рекомендуется использовать

структурированную форму, которая позволяет знакомиться с результатами для разных критериев оценки и включать ссылки на соответствующие стандарты. Особенную ценность несут замечания аудиторов при каждом критерии. По результатам аудита в начале отчета нужно делать резюме, которое поможет быстрее получить представление о проведенной работе.

Если в ходе аудита обнаруживается, что правила хорошей практики не используются в полном объеме, составляется план действий или план мероприятий для исправления ситуации на уровне медицинского учреждения. В обсуждение плана мероприятий включаются все стороны. План должно утвердить руководство, так как оно планирует все необходимые ресурсы. В плане мероприятий приводятся следующие отдельные пункты:

- в какой сфере были обнаружены недостатки;
- как изменить клиническую практику;
- кто отвечает за сферу, требующую изменений;
- сколько времени должно занять внедрение изменений.

Если рекомендации по составлению плана мероприятий сделаны, то отчет о выполнении плана мероприятий предоставляют заказчику аудита на оговоренном уровне, т.е. для тех, кто должен получить обзор ситуации, после оговоренного промежутка времени (но не менее чем раз в году).

Для внедрения заключений и рекомендаций необходимо системное и целенаправленное отслеживание на уровне медицинского учреждения. Для исправления ситуации координированием исправлений нужно заниматься и на уровне конкретных специалистов, и медицинской услуги, и учреждения [40].

Если на уровне системы аудиторы оценивают результаты по большей части на уровне учреждений, то внутри учреждения самым информативным будет наблюдение результатов на уровне структурной единицы или медицинских работников. Для этого в ходе аудита возможно отслеживать главные показатели или при необходимости кроме дополнительных процессов также упрощенные промежуточные показатели, чтобы решить, принес ли аудит ожидаемые изменения в практике, начали ли использовать правила хорошей практики, увеличивается/уменьшается ли использование лекарств, увеличивается/уменьшается ли использование методов медицинской услуги и диагностики и др.

Таким образом, клинический аудит является постоянным процессом улучшения качества, в ходе которого аудируемых не наказывают, а ищут вместе с ними лучшие пути для решения ситуации и систематически оценивают эффективность их применения. Этим данный метод отличается от выше упомянутых риск – ориентированного подхода при проведении контроля (надзора) за деятельностью учреждений, аудита эффективности и социального аудита, которые осуществляются в ходе контрольно – надзорной деятельности и несут за собой определенные санкции за невыполнение требований (штрафы, внесение в определенные рейтинги качества и т.д.). Поэтому клинический аудит, по мнению автора дипломной работы, обладает преимуществами по

сравнению с другими методами, которые продемонстрированы в приложении А.

На основе сравнительной характеристики, предоставленной в приложении А, можно выделить следующие особенности клинического анализа, которые актуальны в рамках данной дипломной работы:

- клинический анализ в зарубежной практике обеспечения безопасности учреждений здравоохранения существует с 2005 г., в то время как в России распространения не получил, однако в странах с развивающимся здравоохранением клинический аудит имеет особенное значение, так как зачастую практика оказания медицинской помощи там может существенно отличаться от должной. Нередко проводимые в таких условиях аудиты имеют низкую эффективность [54]. На протяжении 2014-2016 гг. в странах Европы (Великобритания, Испания и др.) была проведена серия клинических аудитов, по результатам которых отмечена положительная динамика, во многих аспектах клинические рекомендации выполнялись превосходно. При этом был выявлен ряд проблем, потребовавший не только коррекции работы медицинских организаций, но и пересмотра клинических рекомендаций [49]. Поэтому применение успешного зарубежного опыта позволит повысить уровень защищенности состояния сферы здравоохранения Красноярского края;

- данный подход специфичен и имеет медицинскую направленность, что является релевантным к обеспечению экономической безопасности сферы здравоохранения региона, в то время как другие методы уже апробированы и имеют общую направленность (подходят для применения ко многим сферам деятельности). Такая узкая направленность метода позволит наиболее эффективно оценить качество деятельности учреждений здравоохранения региона и предоставить конкретные рекомендации;

- клинический аудит проводится в период донадзорного регулирования деятельности учреждения в целях снижения риска обнаружения контрольно – надзорными органами нарушений в части расходования предоставляемых ресурсов, что дает профилактический эффект от мероприятия, а также снижает риск получения всяческого рода санкций.

- донадзорное регулирование актуально для учреждений здравоохранения Красноярского края по причине обнаружения контрольно – ревизионными органами территориального фонда обязательного медицинского страхования региона нарушений, и некоторые из них имеют тенденцию повторяться из года в год. По данным анализа территориального фонда обязательного медицинского страхования Красноярского края (далее – ТФОМС Красноярского края), можно наблюдать снижающуюся динамику проверок, которые проводит в медицинских организациях данный орган (рис. 2.2) [60, 61].



Рисунок 2.2 – Динамика нарушений с 2013 по 2016 гг., выявленные ТФОМС Красноярского края в учреждениях здравоохранения Красноярского края

Несмотря на снижающуюся динамику, если проанализировать информацию о нарушениях, которые выявляются контрольно – ревизионными органами ТФОМС Красноярского края, то заметно отсутствие попыток устранения повторяющихся нарушений. В таблице 2.7 представлены типичные нарушения в сфере здравоохранения Красноярского края, обнаруженные в период с 2013 по 2016 год и указания на то, сохранились ли данные нарушения в определённом году или нет [62, 63, 64].

Таким образом, исходя из того, что нарушения имеют тенденцию к повторению, контрольно – надзорная деятельность и проводимый вместе с ним аудит эффективности не дает положительного эффекта для обеспечения экономической безопасности сферы здравоохранения Красноярского края. Кроме того, в целях устранения выявленных нарушений и предупреждения нарушений в будущем, органами ТФОМС региона подготавливается обзорная информация по результатам контрольно-ревизионной деятельности ТФОМС Красноярского края и направляется в адрес медицинских организаций, министерства здравоохранения Красноярского края с целью самостоятельного решения наступивших проблем. Однако при таком подходе у учреждений практически отсутствуют стимулы к улучшению деятельности, в то время как при проведении клинического аудита привлекаются внешние специалисты, заинтересованные в объективной и независимой проверке качества работы медицинской организации.

Нередко в зарубежной практике аудит проводят с целью исследования экономической эффективности применения тех или иных методов. Во время аудита обнаруживаются факты значительного системного превышения стоимости оказываемых медицинских услуг, но в большинстве публикаций подтверждается их экономическая эффективность [51, 53]. Поэтому применение успешной зарубежной практики актуально в рамках существующих проблем обеспечения экономической безопасности сферы здравоохранения.

Таблица 2.7 – Наличие нарушений, обнаруженных органами ТФОМС Красноярского края с 2013 по 2016 гг.

Типичные нарушения в учреждениях сферы здравоохранения	2013	2014	2015	2016
размеры стимулирующих выплат персоналу не дифференцируются в зависимости от объема и качества выполненной работы	+	+	+	+
не соблюдаются натуральные нормы	+	-	-	-
данные отчетных форм не соответствуют данным бухгалтерского учета	+	-	-	-
отсутствие информации о видах бесплатной медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы ОМС	+	-	+	-
объемы амбулаторной, стационарозамещающей, стационарной медицинской помощи выполняются не в полном объеме	+	+	+	+
низкая укомплектованность врачебными кадрами, высокая доля совместительства и совмещения по врачебным должностям	+	+	+	+
на медикаменты, продукты питания финансовые средства не расходовались при наличии потребности в их использовании	+	+	+	+
приобретались медикаменты, не входящие в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, применяемых при реализации государственных гарантий, с истекшим, коротким сроком годности	+	-	-	-
отсутствие предметно-количественного и персоналифицированного учета	+	+	-	-
несоблюдение законодательства в сфере закупок товаров, работ и услуг	+	+	+	+
оплата услуг медицинского и немедицинского назначения сторонним организациям при наличии необходимых материально-технических и трудовых ресурсов или отсутствие результатов оказания услуг	-	-	+	+
приобретение оборудования, не используемого для оказания медицинских услуг при реализации территориальной программы ОМС	-	-	+	+
приобретение лекарственных препаратов за счет средств ОМС с последующей безвозмездной передачей в другие медицинские организации	-	-	+	-
не надлежащим образом осуществляется запись на прием	+	+	+	+

Актуальным и наиболее современным методом, по мнению автора дипломной работы, является клинический аудит, представляющий собой способ оценки медицинской деятельности не только с точки зрения качества лечения пациентов, но и с точки зрения эффективного расходования имеющихся на это ресурсов. Поэтому в третьей главе будет рассмотрен вопрос внедрения разработки клинического аудита ученых эстонского университета в медицинские учреждения Красноярского края для снижения риска возникновения нарушений в области расходования средств.

3 Оценка состояния экономической безопасности сферы здравоохранения Красноярского края

3.1 Характеристика сферы и актуальные проблемы и угрозы в области обеспечения экономической безопасности здравоохранения Красноярского края

В рамках обсуждения проекта регионального бюджета на 2018 год и плановый период 2019-2020 годов с депутатами Законодательного Собрания предусмотрено увеличение расходов бюджета на здравоохранение Красноярского края на 2,3 млрд. рублей за счет региональных и федеральных источников, которые в итоге составят 39,3 млрд. рублей, в то время как в 2017 г. расходы составляли 37 млрд. рублей. Высокую долю расходов, около 21% от общего объема, составляют инвестиции в строительство и капитальных ремонт, что говорит о недостаточной оснащенности региона необходимыми населению учреждениями и медицинским оборудованием. Расходы бюджета на приобретение лекарственных изделий медицинского назначения отдельным категориям граждан составят 857 млн. рублей (около 2,2% от общего объема расходов).

Итогами обсуждения обозначена необходимость решения следующих задач на краткосрочную перспективу:

- обеспечение финансирования государственных программ бесплатного оказания медицинской помощи на 2018 год в соответствии с подушевым нормативом;
- завершение расчетов для устранения кредиторской задолженности за 2017 год, в том числе, просроченной;
- направление средств на укрепление материально-технической базы медицинских учреждений (800 млн. рублей), развитие высокотехнологичной помощи (100 млн. рублей);
- финансирование мероприятий 2018 года по достижению показателей увеличения заработной платы медицинских работников по исполнению указов Президента РФ [16].

Решение задачи направления средств укрепление материально-технической базы медицинских учреждений становится актуальным в связи с проведенным Счетной палатой Красноярского края в начале 2016 года контрольного мероприятия «Проверка состояния материально-технической базы краевых государственных учреждений здравоохранения» за период 2014-2015 годов. Согласно отчету, можно выделить следующие нарушения:

- в отношении нормативно-правового регулирования: в министерстве здравоохранения не определен порядок потребности по оснащению учреждений здравоохранения; не установлен порядок определения приоритетных мероприятий по финансированию потребностей учреждений здравоохранения; при планировании финансирования приоритетность мероприятий определяется коллегиально с участием министра

здравоохранения, его заместителей, а также руководителей отделов, однако принятые решения не протоколируются. Таким образом, отсутствие установленного порядка может повлечь риск появления коррупции;

– отсутствие в урегулировании вопросов определения оптимальных сроков использования и обновления медицинского оборудования, что приводит к пользованию оборудованием с критической величиной износа, которое не способно обеспечить качество обследований, безопасность и эффективность лечения;

– в ходе мероприятия выяснено, что уполномоченным органом исполнительной власти по управлению государственной собственностью является агентство по управлению государственным имуществом, однако компетенция агентства по координации деятельности органов исполнительной власти края в сфере управления имуществом носит декларативный характер.

Агентством указано, что координация деятельности органов исполнительной власти происходит путем разработки нормативно-правовых актов края, при этом полномочия по нормативному регулированию за агентством не закреплены. Кроме того, отсутствует деятельность по контролю за использованием по назначению и сохранности движимого имущества. Также агентством не реализованы полномочия по принятию решений об изъятии имущества при выявлении излишнего, неиспользуемого или используемого не по целевому назначению имущества.

В структуре министерства здравоохранения с 2014 года создан отдел по управлению материально-техническими ресурсами. Анализ возложенных на него функций показал, что реестр на оснащение оборудованием, необходимый для выполнения стандарта показаний медицинской помощи, составлен по данным 2011 года. Министерство обновило данные только по запросу Счетной палаты в ходе контрольного мероприятия. Таким образом, существует риск осуществления сбоя в деятельности управления имуществом по причине некомпетентности/невнимательности лиц, осуществляющих такое управление, в данном случае – использование устаревшей информации для формирования реестра на оснащение оборудованием. Кроме того, отделом не соблюдены требования, утвержденные Правительством Красноярского края; не утверждены планы проверок; не проводились документальные проверки в отношении имущества, принадлежащего подведомственным краевым государственным учреждениям. Отделом не исполнялась функция по представлению в агентство по управлению государственным имуществом информации о наличии в учреждениях излишнего имущества. Сбор информации о неиспользуемом имуществе осуществлен только по запросу Счетной палаты. По состоянию на начало 2016 года на балансе учреждений числилось 116 единиц неиспользуемого недвижимого имущества общей площадью 40 тысяч квадратных метров, а также 25 единиц непрофильных активов.

Также Счетной палатой установлены факты неэффективного использования медицинского оборудования. Потребность в медицинском

оборудовании, проведении капитальных ремонтов, приобретении автотранспорта, установки фельдшерско-акушерских пунктов, оценивается министерством здравоохранения в сумме 17,2 млрд. рублей, в том числе 3,7 млрд. рублей - это потребность в капитальных ремонтах по предписаниям контрольно-надзорных органов и решениям судов [7].

В период с марта по май 2017 года Счетная палата Красноярского края провела контрольное мероприятие «Проверка соблюдения требований действующего законодательства при осуществлении закупок учреждениями здравоохранения Красноярского края» в 2016 году-первом полугодии 2017 года. Необходимость рассмотрения данного мероприятия актуальна по причине обеспокоенности руководства учреждений здравоохранения региона процессом осуществления государственных закупок, так как в ряде случаев закупка происходит по принципу выбора наиболее низкой цены, что не всегда отвечает критерию качества закупаемого оборудования. Однако Счетной палатой края при проведении анализа соблюдения Федерального закона № 44-ФЗ краевыми медицинскими учреждениями на всех этапах закупочного процесса установлено, что чаще всего к нарушениям законодательства о контрактной системе приводят слабый контроль за закупочным процессом со стороны именно руководителей краевых учреждений здравоохранения, а также низкая квалификация специалистов контрактных служб и контрактных управляющих [25].

Эффективность Территориального фонда обязательного медицинского страхования Красноярского края (далее - ТФОМС Красноярского края) по обеспечению бесперебойного финансирования сферы здравоохранения наблюдается по увеличению доходной части программы обязательного медицинского страхования из Федерального фонда обязательного медицинского страхования (таблица 3.1) [7], что является признаком практически полного перехода к одноканальной системе финансирования, о которой говорилось выше. Основная доля доходов формируется за счет безвозмездных поступлений, которая в период с 2013 года по 2016 год менялась в диапазоне 99,8-99,9% от общего объема поступлений.

Таким образом, данная структура подтверждает один из принципов одноканального финансирования сферы здравоохранения – разработка единых процедур и стандартов оказания медицинской помощи, которая идет из федерального центра, в частности – от Правительства РФ, поэтому и финансирование осуществляется из Федерального фонда обязательного медицинского страхования РФ [24].

Исходя из данных таблицы, происходит рост безвозмездных поступлений в ТФОМС Красноярского края за 2013-2016 гг. на фоне увеличения общего финансирования базовой программы ОМС, которое в основном осуществляется из средств бюджета Федерального фонда ОМС, причем доля финансирования программы из федерального центра с каждым годом увеличивается при значительном сокращении средств из краевого бюджета (рис. 3.1) [7].

Таблица 3.1 – Структура безвозмездных поступлений ТФОМС Красноярского края за 2013-2016 года (млн. руб.)

Вид дохода	Года			
	2013	2014	2015	2016
Безвозмездные поступления	34167,3	41491,6	47403,6	47128,3
1. Базовая программа ОМС	32521	34006,7	37970,8	38843,2
1.1. Средства бюджета Федерального ФОМС	27303,6	31115,5	37654,3	38543,2
1.2. Средства краевого бюджета	5217,4	2376	316,5	300
2. Финансирование сверхбазовой программы ОМС за счет средств краевого бюджета (территориальная программа)	0	4713	448,7	0

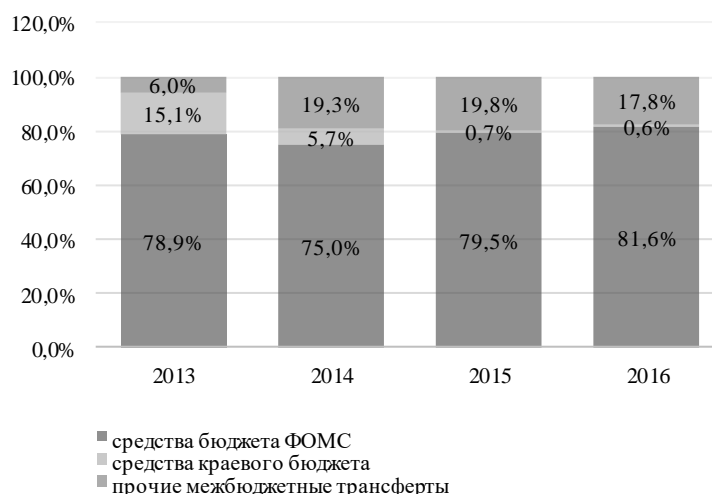


Рисунок 3.1 – Структура финансирования базовой программы ОМС в зависимости от источника поступления с 2013 г. по 2016 г.

Согласно финансово-экономическому обоснованию к проекту закона Красноярского края «Об исполнении бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования Красноярского края за 2016 год», с 2016 года базовая программа обязательного медицинского страхования бездефицитна и финансово обеспечена в полном объеме за счет субвенции ФОМС на организацию обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации.

Территориальная программа обязательного медицинского страхования и расходы на обеспечение выполнения Территориального фонда обязательного медицинского страхования Красноярского края своих функций на 2016 год утверждены в сумме 38843,2 млн. рублей.

Размер подушевого финансового обеспечения базовой программы ОМС края без учета расходов на обеспечение выполнения ТФОМС Красноярского края своих функций и межтерриториальных расчетов за 6 лет увеличилось в 2,2 раза с 5963,8 рубля в 2011 году до 12886,3 рубля в 2016 году (рисунок 3.2) [4, 5, 6].

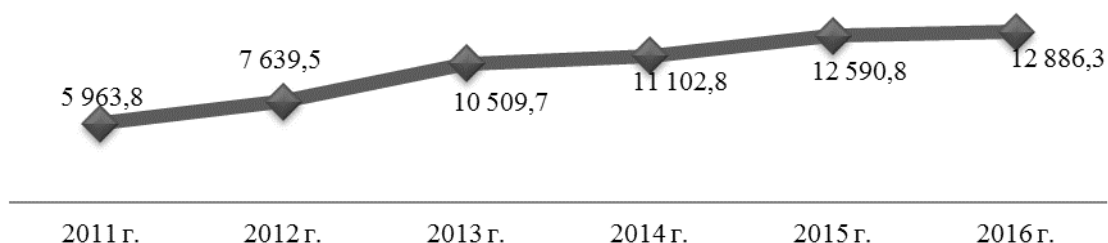


Рисунок 3.2 – Размер подушевого финансового обеспечения базовой Программы ОМС Красноярского края (рублей)*

**без учета расходов на обеспечение выполнения ТФОМС Красноярского края своих функций и межтерриториальных расчетов*

Фактическое выполнение территориальной программы ОМС и расходов на обеспечение выполнения ТФОМС Красноярского края своих функций за 2016 год составило 38825,7 млн. рублей или 99,9% от плана.

Бюджет ТФОМС региона был исполнен по доходам на 47223,6 млн. рублей, что составляет 100,1% от плана. Фактически доходов поступило на 24,6 млн. рублей больше запланированных. По расходам бюджет исполнен в сумме 47131,3 млн. рублей, или 99,8% от плана, в том числе, по расходам на выполнение территориальной программы обязательного медицинского страхования — также в размере 99,8% от запланированной стоимости.

Положительными результатами деятельности ТФОМС Красноярского края стали:

- стабильность заработной платы медицинских работников и частичное увеличение заработной платы у врачебного и сестринского персонала.

- выполнение обязательств по диспансеризации населения, льготному протезированию, лекарственному обеспечению учреждений региона и финансирование программ.

- создание Контакт-центра для работы с жалобами застрахованных граждан, в котором фиксируются все обращения граждан, в то время как их исполнение контролируется фондом [6].

Исходя из выше сказанного, стоит отметить следующие проблемы и угрозы в области обеспечения экономической безопасности сферы здравоохранения Красноярского края (в соответствии с нарушениями, которые были обнаружены в деятельности медицинских учреждений ТФОМ Красноярского края):

- размеры стимулирующих выплат персоналу не дифференцируются в зависимости от объема и качества выполненной работы;
- данные отчетных форм не соответствуют данным бухгалтерского учета
- объемы амбулаторной, стационарозамещающей, стационарной медицинской помощи выполняются не в полном объеме;
- низкая укомплектованность врачебными кадрами, высокая доля совместительства и совмещения по врачебным должностям;
- на медикаменты, продукты питания финансовые средства не расходовались при наличии потребности в их использовании;
- приобретались медикаменты, не входящие в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, применяемых при реализации государственных гарантий, с истекшим, коротким сроком годности;
- отсутствие предметно-количественного и персонифицированного учета;
- несоблюдение законодательства в сфере закупок товаров, работ и услуг;
- приобретение оборудования, не используемого для оказания медицинских услуг при реализации территориальной программы ОМС;
- приобретение лекарственных препаратов за счет средств ОМС с последующей безвозмездной передачей в другие медицинские организации.

3.2 Пути улучшения состояния экономической безопасности здравоохранения Красноярского края через внедрение практики клинического аудита в деятельности медицинских учреждений

Согласно статистическим данным по количеству умерших за период с февраля по март 2018 года, наибольшую долю составляет смерть по причине болезней системы кровообращения, причем эта доля возросла по сравнению с аналогичным двухмесячным периодом 2017 года с 31,7% до 39% при том, что общее количество умерших снизилось на 3%. После заболеваний системы кровообращения идут случаи смерти от появления новообразований, однако динамика имеется также положительная – с 11% от общего числа умерших до 17% [36].

На фоне возникающего роста смертей от заболеваний системы кровообращения (сердечно-сосудистых заболеваний) и появления новообразований, а также наличием нарушений в части расходования средств фондов медицинского страхования и бюджета региона, встает вопрос о решении данных проблем. Суть клинического аудита состоит в том, чтобы одновременно решить обе поставленные проблемы, то есть подойти с одной стороны, правильно к качеству лечения, с другой – с точки зрения рационального расходования имеющихся ресурсов у медицинских учреждений.

Проверки медицинских учреждений рассматриваемого региона на соответствие расходов целевому, правомерному и эффективному назначению

осуществляется каждые 2 года Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Красноярского края. Прокуратурой по соответствующему району города проводятся проверки исполнения бюджетного законодательства в части соблюдения прав субъектов предпринимательской деятельности при расчетах по заключенным государственным и муниципальным контрактам заказчиками, расположенными на территории района, руководствуясь при этом ст.ст.6, 22 Федерального закона «О прокуратуре Российской Федерации». Контроль за целевым, правомерным и эффективным расходованием средств, поступающих из краевого бюджета, осуществляется главным распорядителем бюджетных средств, то есть Министерством здравоохранения Красноярского края. Потребность в закупках формируется учреждениями самостоятельно и согласовывается с министерством финансов Красноярского края. Однако при наличии такого рода контроля, как показано в подразделе 3.1, в Красноярском крае проблема расходования средств бюджета и фонда обязательного медицинского страхования остается актуальной на протяжении последних лет. Таким образом, можно сделать вывод, что контрольно – надзорная функция, в частности, со стороны ТФОМС Красноярского края, неэффективна и не позволяет повысить уровень экономической безопасности в учреждениях здравоохранения.

Автором данной дипломной работы предлагается внедрение в деятельность медицинских учреждений Красноярского края клинического аудита, суть которого была раскрыта в подразделе 2.3. Необходимость внедрения такого метода обеспечения экономической безопасности сферы здравоохранения региона объясняется также недоверием населения к медицинским работникам и их компетентности (табл. 3.2) [31].

Основой для проведения клинического аудита является разработка и расчет клинических индикаторов качества, которые составляются с использованием помощи врачей, страховых компаний и фондов, а также пациентов. Кроме того, для такого аудита необходимо ведение регистров, посредством которых осуществляется сбор, хранение и анализ данных о процессах диагностики и лечения большого числа пациентов. К примеру, в американской практике используются госпитальные и амбулаторные регистры NCDR. В России с 2012 года действует объединённый регистр больных артериальной гипертензией (далее - АГ), стабильной ишемической болезнью сердца (далее - ИБС) и хронической сердечной недостаточностью (ХСН). Ведение регистров могут помочь в следующем [40]:

- разработка и внедрение в клиническую практику протокола первичной помощи больным АГ с алгоритмом ведения пациентов с АГ, разработанных на основе клинических рекомендаций;
- совершенствование медицинской документации: введение электронной карты пациента с АГ, которая содержит минимальный набор доказательных данных о пациенте, достаточный для проведения клинического аудита;

– внедрение автоматизированной системы вызовов и напоминаний пациентам о визите, о приеме препаратов, об измерении артериального давления;

– внедрение ИАС «Регистр АГ» для систематической оценки качества: контроля за улучшениями и предупреждения недостатков.

Таблица 3.2 – Причины необращения лицами в возрасте 15 лет и более за медицинской помощью при наличии потребности в медицинской помощи в 2017 г. (по данным комплексного наблюдения условий жизни населения; в процентах)

Участвующие в опросе	Все, в т.ч. проживают	В т.ч. проживают		
		В городских населенных пунктах	Из них численностью 1 млн. чел. и более	В сельских населенных пунктах
Лица в возрасте 15 лет и более – всего	100	100	100	100
из них лица, имевшие в 2016 г. случаи необращения в медицинские организации при наличии потребности в медицинской помощи	33,0	33,6	33,6	31,0
Лица в возрасте 15 лет и более, имевшие в 2016 г. случаи необращения в медицинские организации при наличии потребности в медицинской помощи – всего	100	100	100	100
из них указали причины необращения: не рассчитывают на эффективное лечение	20,4	21,1	17,9	18,3
не удовлетворяет работа мед. организации	29,2	32,1	29,8	19,6
не могут добраться до мед. организации без посторонней помощи	3,3	2,7	2,1	5,2
было тяжело добраться до мед. организации	4,2	3,3	3,4	7,2
не располагали информацией о том, где можно получить необходимую медицинскую помощь	1,0	1,0	1,6	1,0
не было времени	24,9	25,8	28,7	21,9
необходимое лечение можно получить только на платной основе	12,2	12,1	11,7	12,4
лечились самостоятельно	52,9	52,0	49,4	55,9
другие причины	6,4	6,6	7,7	5,7

К примеру, в настоящее время в Саратовском НИИ кардиологии разработана и функционирует автоматизированная система дистанционного динамического наблюдения за больными АГ, основанная на общении врача и пациента с помощью sms – сообщений мобильного телефона. Применение системы мобильного мониторинга АГ (СММАГ) позволяет обеспечивать

непрерывное динамическое наблюдение 1 врачом до 100 амбулаторных пациентов с АГ без посещения ими поликлиники. При использовании СММАГ целевое давление поддерживается в течение года у 68% больных АГ по сравнению с 12% больных, наблюдающихся в первичном звене по стандартной системе медицинской помощи [59].

Ведущее место среди заболеваний кровеносной системы, согласно статистике умерших, занимает ИБС. Поэтому становится актуальной разработка клинических индикаторов качества лечения пациентов с таким диагнозом (табл. 3.3) [65]. Данные индикаторы разработаны с учетом практики уменьшения смертности за счет применения определенных аспектов лечения.

Процедуры вычисления индикаторов продемонстрированы в приложении Б.

Высокая социальная значимость проблемы артериальной гипертензии (далее - АГ) диктует необходимость мониторинга качества лечения пациентов с данным заболеванием. При разработке системы индикаторов учитывались положения российских рекомендаций 2010 года и европейских рекомендаций 2013 года по диагностике и лечению АГ.

Акцент был сделан на выполнении немедикаментозных вмешательств с учетом их высокой доказательности (уровень I, класс A) по степени влияния на уровень артериального давления. Учитывалась также реалистичность получения необходимой информации для вычисления индикаторов на основании данных амбулаторных карт в рамках традиционной организации лечебно-диагностического процесса в поликлинике (табл. 3.4) [66].

Следующим опасным заболеванием кровеносной системы является артериальная гипертония (далее – АГП). Повышение качества медицинской помощи (далее - МП) больным АГП в последние десятилетия остается одной из приоритетных задач современного здравоохранения как в России, так и за рубежом. Особый акцент в решении проблемы АГП сделан на первичную медико-санитарную помощь, то есть на амбулаторный этап лечения [67]. Помимо результатов вычисления индикаторов предлагается анализировать причины их невыполнения. В качестве оценок клинических результатов лечения используются: достигнутый уровень АД и величина ПР (SCORE).

Согласно российской практике ведения регистров, практически у всех пациентов в амбулаторных картах отсутствуют данные о весе, уровне триглицеридов, липопротеины высокой плотности (ЛПВП), о курении, рациональном питании, уровне физической активности, об употреблении алкоголя, уровне липопротеины низкой плотности (ЛПНП).

Уровень ПР (SCORE) – один из ключевых показателей качества МП больным АГП, при отсутствии выше перечисленных показателей – не может быть определен ни у одного пациента, следовательно, этот индикатор результативности лечения АГП в первичном звене окажется не применим в исследуемой группе больных АГП. Результатом неполноценной диагностики клинического статуса больного АГП является в дальнейшем неправильный выбор тактики лечения и динамического наблюдения. Из-за отсутствия учета

ассоциированных клинических состояний, поражения органов-мишеней, уровня ПР сердечно-сосудистых осложнений случайным образом назначается схема лекарственной терапии АГ. В результате мероприятия медикаментозной коррекции АД окажутся неэффективны.

Таблица 3.3 – Клинические индикаторы качества лечения больных ИБС для проведения клинического аудита

Название и его определение	Формула вычисления
Индикатор «Назначены антиагреганты» - доля больных с диагнозом ИБС, кому назначены аспирин и/или клопидогрель на последнем визите за предшествующие 12 месяцев	$I_a = \frac{T}{R}$ <p>где T – больные с ИБС, кому назначены антиагреганты (аспирин и/или клопидогрель) на последнем визите; R – больные с ИБС, у которых имеются визиты в течение последних 12 месяцев, и нет противопоказаний и побочных реакций на антиагреганты</p>
Индикатор «Назначены статины» - доля больных с диагнозом ИБС, кому назначены статины на последнем визите за предшествующие 12 месяцев	$I_s = \frac{D}{P}$ <p>где D – больные с ИБС, кому назначены статины на последнем визите; P – больные с ИБС, у которых имеются визиты в течение последних 12 месяцев, и нет противопоказаний и побочных реакций на статины</p>
Индикатор «Назначены бета-блокаторы после перенесенного инфаркта миокарда» - доля больных ИБС, перенесших инфаркт миокарда, кому назначались бета-блокаторы в предшествующие 12 месяцев	$I_b = \frac{U}{Y}$ <p>где U – число больных ИБС, перенесших инфаркт миокарда, кому назначались бета-блокаторы в предшествующие 12 месяцев (на одном или нескольких визитах); Y – число больных ИБС, перенесших инфаркт миокарда, у которых имеются визиты в течение последних 12 месяцев, и нет противопоказаний и побочных реакций на бета-блокаторы</p>
Индикатор «Назначены иАПФ/АРА при сахарном диабете» - доля больных ИБС и сахарным диабетом, кому назначались иАПФ/АРА в предшествующие 12 месяцев	$I_c = \frac{V}{O}$ <p>где V – число больных ИБС и сахарным диабетом, кому назначались иАПФ/АРА в предшествующие 12 месяцев (на одном или нескольких визитах); O – число больных ИБС и сахарным диабетом, у которых имеются визиты в течение последних 12 месяцев и нет противопоказаний и побочных реакций на иАПФ и АРА</p>
Индикатор «Достижение оптимального уровня ХС ЛПНП у больных ИБС» - доля больных ИБС, у кого уровень ЛПНП ниже 100 мг/дл. (оценивает результат лечения)	$I_{kh} = \frac{E}{X}$ <p>где E – число больных с ЛПНП <100 мг/дл.; X – число больных ИБС, у кого в течение последних 12 месяцев определялся уровень ЛПНП</p>

Таблица 3.4 – Клинические индикаторы качества лечения больных артериальной гипертензией для проведения клинического аудита

Название и его определение	Формула вычисления
Индикатор «Совет курящим больным АГ о прекращении курения» - доля курящих больных АГ, которым был дан совет о прекращении курения	$I_g = \frac{W}{Q}$ <p>где W – число курящих больных АГ, кому дан совет о прекращении курения; Q – число курящих больных с диагнозом АГ</p>
Индикатор «Контроль веса» - доля больных АГ, у которых проводилась оценка массы тела или окружности талии в течение последних 12 месяцев	$I_{kt} = \frac{E}{H}$ <p>где E – число больных АГ, у которых проводилась оценка массы тела или окружности талии в течение последних 12 месяцев; H – больные с диагнозом АГ, у которых имеются результаты измерения АД за последние 12 месяцев</p>
Индикатор «Совет о снижении веса больным с избытком массы тела» - доля больных АГ с избытком массы тела, которым был дан совет о снижении веса	$I_t = \frac{A}{G}$ <p>где A – число больных АГ с избытком массы тела, кому дан совет о снижении веса; G – число больных с диагнозом АГ с избытком массы тела</p>
Индикатор «Контроль курения» - доля больных АГ, у которых определен статус курения в течение последних 12 месяцев	$I_z = \frac{B}{M}$ <p>где B – число больных АГ, у которых оценивался статус курения в течение последних 12 месяцев; M – больные с диагнозом АГ, у которых имеются результаты измерения АД за последние 12 месяцев</p>
Индикатор «Достигнуто целевое АД» - доля больных с диагнозом АГ, у кого измерялось АД в течение последних 12 месяцев и последнее значение АД <140/90 мм рт. ст.	$I_h = \frac{N}{C}$ <p>где N – больные, у кого последнее значение АД < 140/90 мм рт. ст.; C – больные с диагнозом АГ, у которых имеются результаты измерения АД за последние 12 месяцев</p>
Индикатор «Целевое АД не достигнуто и не назначены два антигипертензивных препарата» - доля больных АГ с уровнем АД $\geq 140/90$ мм рт. ст. на последнем визите, которым было назначено < 2 антигипертензивных препаратов из пяти основных рекомендованных классов	$I_d = \frac{S}{F}$ <p>где S – число больных АГ, кому назначено < 2 антигипертензивных препаратов; F – число больных АГ с уровнем АД $\geq 140/90$ мм рт. ст. на последнем визите</p>

Для оценки качества мероприятий диагностики и лечения АГП разработаны следующие клинические индикаторы:

а) выявление АГП, где условия выполнения:

1) наличие в амбулаторной карте больного минимум 2-х визитов с регистрацией уровня артериального давления (далее - АД), превышающего 140/90 мм рт. ст. и интервалом между этими визитами не менее 1 недели и не более 4 недель, или:

2) наличие в амбулаторной карте больного хотя бы одного визита с регистрацией уровня АД, равного или превышающего 180/110 мм рт. ст., или:

3) наличие документального подтверждения АГП в анамнезе (документ из медицинского учреждения) в случае, если в амбулаторной карте больного отсутствуют данные о первом случае повышения АД.

б) оценка персонального риска (далее - ПР) 10 летнего развития фатальных сердечно-сосудистых осложнений (SCORE) - уровень суммарного сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE: менее 1%-низкий, от ≥ 1 до 5% — средний или умеренно повышенный, от $\geq 5\%$ до 10% — высокий, $\geq 10\%$ — очень высокий, где условия выполнения:

1) наличие в амбулаторной карте данных о поле и возрасте больного;

2) наличие в амбулаторной карте записей измеренного систолического АД в течение анализируемого года;

3) наличие в амбулаторной карте записей о статусе курения в течение анализируемого года;

4) наличие в амбулаторной карте данных об уровне общего холестерина в течение анализируемого года.

в) выполнение немедикаментозных мероприятий по профилактике сердечно-сосудистых осложнений среди больных АГП, имеющих модифицируемые факторы риска (далее - МФР), при котором условие выполнения: наличие в амбулаторной карте больного АГП, имеющего МФР, записей, о том, что ему давались врачебные рекомендации (советы) по изменению образа жизни (хотя бы один из перечисленных ниже):

1) совет по прекращению курения;

2) совет по рациональной физической активности;

3) совет по рациональному употреблению алкоголя;

4) совет по рациональному питанию;

5) совет по нормализации массы тела.

В качестве МФР учитываются: курение, ожирение ($\text{ИМТ} \geq 30 \text{ кг/м}^2$), $\text{ОХС} > 190 \text{ мг/дл}$; $\text{TГ} > 150 \text{ мг/дл}$, $\text{ЛПНП} > 100 \text{ мг/дл}$, $\text{ЛПВП} < 1 \text{ ммоль/л}$ (40 мг/дл) для мужчин и $< 1,2 \text{ ммоль/л}$ (48 мг/дл) для женщин [22].

г) достижение и поддержание целевого АД, где условия выполнения — наличие в амбулаторной карте больного АГ:

1) минимум двух визитов в течение анализируемого года с интервалом между ними не менее 1 месяца и не более 6 месяцев, и:

2) целевого уровня АД на этих визитах ($\leq 130/80 \text{ мм рт. ст.}$ для больных с сахарным диабетом, $\leq 140/90 \text{ мм рт. ст.}$ для всех остальных больных), и:

3) отсутствие визитов с уровнем АД, превышающим 160/90 мм рт. ст.

Поэтому клинический аудит в таких условиях оказывается единственным методом решения поставленной проблемы. Кроме того, необходимо рассмотреть формальную сторону проведения клинического аудита в медицинских учреждениях Красноярского края.

На примере разработки клинического аудита от эстонского университета трансформируем план заказываемого Больничной кассой (в случае Эстонии) аудита (табл. 3.5) [43].

Таблица 3.5 – План заказываемого клинического аудита

Виды деятельности	План	Ответственная структура в Эстонии	Ответственная структура в Красноярском крае (согласно предложениям автора работы)
Составление критериев оценки и выборки	-	Исполнитель и Больничная касса Эстонии (далее- БКЭ)	Исполнитель и ТФОМС Красноярского края
Информирование аудируемых медицинских учреждений	-	БКЭ	ТФОМС Красноярского края
Составление критериев оценки и выборки	-	БКЭ	ТФОМС Красноярского края
Предварительное ознакомление с процессом аудита и критериями оценки для выбранных оказателей медицинских услуг	-	Исполнитель и БКЭ	Исполнитель и ТФОМС Красноярского края
Составление окончательной выборки	-	Исполнитель	Исполнитель
Анализ документов, составление отчетов	-	Исполнитель	Исполнитель
Представление аудиторского отчета для БКЭ (ТФОМС Красноярского края) для разных аудируемых учреждений и в итоговом виде.	-	Исполнитель	Исполнитель
Первичное обсуждение обратной связи (краткий обзор о результатах оказателям медицинских услуг)	-	Исполнитель и БКЭ	Исполнитель и ТФОМС Красноярского края
Представление окончательного отчета	-	Исполнитель	Исполнитель
Опубликование аудиторского отчета (на интернет-странице БКЭ, в случае Красноярского края – сайте ТФОМС Красноярского края)	-	БКЭ	ТФОМС Красноярского края
Составление ознакомительной статьи о сделанном аудите и его предоставление БКЭ (ТФОМС Красноярского края) для опубликования в медицинских изданиях	-	Исполнитель	Исполнитель

Ниже представлена модель документа с основными вопросами проведения клинического аудита в учреждениях здравоохранения.

Тема: «Болезнь системы кровообращения – ведение пациентов с потребностью в срочной операции». Цель: исправить ведение пациентов с заболеванием системы кровообращения, нуждающихся в срочной операции.

Целевая группа: Пациенты с заболеванием системы кровообращения (с уточнением: с потребностью в срочной операции).

Критерии оценки:

а) насколько быстро выяснилось появление заболевания, нуждающегося в срочной операции?

- 1) сколько времени потребовалось для лабораторной диагностики?
- 2) были ли анализы, назначенные для лабораторной диагностики, оптимальными?
- 3) сколько времени ушло на инструментальную диагностику?
- 4) правильно ли был(и) выбран(ы) метод(ы) для инструментальной диагностики?

5) сколько времени прошло до постановки диагноза?

б) были ли (сразу) выбраны правильные методы лечения?

- 1) сколько времени ушло на организацию операции?
- 2) сколько времени прошло с поступления пациента до операции?
- 3) каковы были причины задержки в запущенных случаях?
- 4) соответствуют ли методы операции стандартам?
- 5) соответствует ли стандартам другое лечение, которое получил пациент?

1.1) инфузионное лечение;

1.2) симптоматическое лечение;

1.3) другое медикаментозное лечение.

в) каковы были осложнения? Могли ли их причиной быть ошибки при ведении пациента?

г) были ли летальные случаи? Могли ли их причиной быть ошибки при ведении пациента?

д) соответствует ли документация лечебного случая требованиям и была ли в ней вся важная информация?

е) какие изменения нужно провести для исправления результатов?

Чтобы закрепить основные права и обязанности исполнителя и заказчика клинического аудита, необходимо заключить договор о конфиденциальности предоставляемой и обрабатываемой информации, образец которого представлен в приложении В.

Кроме того, итоговым формальным документом, составляемым по результатам проведенного аудита, является отчет об аудите (приложение Г) [29].

Основой для проведения клинического аудита ведения больных гипертонической болезни взрослых на первичном уровне в учреждениях здравоохранения Красноярского края может служить следующий аналог такого аудита, составленного в соответствии с эстонским руководством по лечению RJ-I/1.1-201. Главная рекомендация, согласно стандарту: если первое и второе

измерение кровяного давления дают в результате значение 140/90 мм.рт.ст. или больше, пациенту нужно рекомендовать круглосуточное амбулаторное автоматическое наблюдение показателей артериального давления. Использовать для постановки диагноза необходимо средние данные дневного измерения, которые вычислены на основании не менее 14 показателей. Если круглосуточное автоматическое наблюдение показателей артериального давления невозможно, посоветуйте пациенту измерять давление утром и вечером 4-7 дней. Для диагностики исключить измерения первого дня и взять среднее всех последующих измерений.

Критерии оценки при таком аудите:

а) проведено ли повторное измерение показателей артериального давления во время одного визита? Да/Нет.

б) было ли рекомендовано пациенту круглосуточное амбулаторное отслеживание уровня артериального давления? Да/Нет.

в) было ли для диагностики повышенного артериального давления использовано следующее:

1) круглосуточное отслеживание кровяного давления? Да/Нет.

2) расчет среднего суточного значения артериального давления.

Да/Нет.

Таким образом, критерий оценки описывает, было ли при постановке диагноза кровяное артериальное давление пациента измерено подобающим образом. Ожидаемый результат: у всех пациентов с повышенным кровяным давлением, значения давления $\geq 140/90$ мм.рт.ст. Исключить: целевую группу, у которой артериальное давление $\geq 180/110$ мм.рт.ст.

Эффективность внедряемого клинического аудита в деятельность учреждений здравоохранения Красноярского края оценена с использованием измерения социального эффекта методом интервьюирования (анонимного). Целевой аудиторией опроса был медицинский персонал краевых государственных бюджетных учреждений здравоохранения Красноярска (больницы и стационары). Вопросы были составлены с качественной точки зрения, ответы на них имели однозначный ответ: 1 – да, 0 – нет. Опрос проводился после ознакомления персонала с практикой применения клинического аудита (табл. 3.6).

Таблица 3.6 – Результаты опроса: «Чего Вы ожидаете от клинического аудита?»

Вопрос	Средний балл
Повышение качества	
Внедрения системы контроля качества проводимых методик	1
Улучшения качества протоколов исследований	1
Внедрение системы контроля качества внутри отделения	0
Внедрения процедур повышения качества медицинской помощи	1
Повышение эффективности	
Оптимизация структуры службы	0
Оптимизация оперативного управления	1
Оптимизация использования запасов	1
Перераспределение ролей и функций	1

Вопрос	Средний балл
Повышение безопасности	
Внедрение регламентов оптимизации доз нагрузки	1
Внедрение рекомендаций рад безопасности	1
Соблюдение правил подготовки к исследованию	1
Удобство для пациентов	
Доступность информации	1
Сокращение сроков ожидания	1
Удовлетворенность персонала	
Удобство планирование рабочего времени	1
Улучшение взаимодействия	1
Повышение комфорта работы	1

Кроме этого был задан вопрос: «Считаете ли Вы рациональным внедрение клинического аудита в учреждении?». Результат представлен на рисунке 3.3.

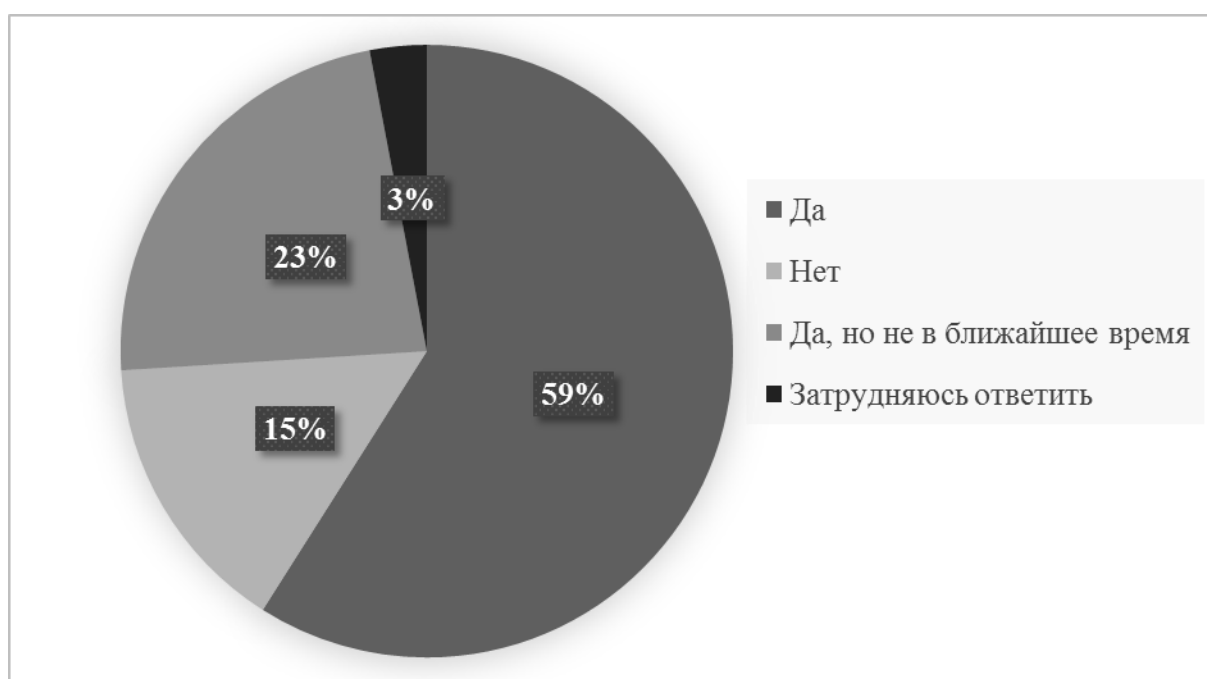


Рисунок 3.3 – Результаты ответа на вопрос анкеты «Считаете ли Вы рациональным внедрение клинического аудита в учреждении?»

Основные причины неиспользования и недоверия к методам клинического внешнего аудита демонстрирует таблица 3.7.

Согласно опросу, медицинский персонал и руководство медицинских учреждений Красноярского края считают внедрение клинического аудита в практическую деятельность поспешным и трудоёмким мероприятием, которое несёт в себе дополнительную нагрузку на учреждение: как кадровую, так и финансовую. Кроме того, присутствует стереотип о том, что клинический аудит – это дополнительное контрольно – надзорное мероприятие, больше препятствующее нормальной деятельности учреждения, нежели способствующее повышению его экономической безопасности. Однако таблица 3.7 демонстрирует опровержение сложившихся аргументов со стороны медицинского персонала.

Таблица 3.7 – Причины недоверия к внедрению клинического аудита со стороны медицинского персонала учреждений г. Красноярска и контраргументы

Аргумент со стороны медицинского персонала	Опровержение аргумента
Отсутствие необходимости в «дополнительном» надзорном мероприятии	Клинический аудит не является надзорным мероприятием, а позволяет подготовиться к ним
Методика проведения недостаточно гибкая, чтобы учитывать специфику организации – «больше вреда, чем пользы»	В методику заложены стандарты и базы сравнения для организаций разного типа, а процедуры применимы для любого отделения
Нежелание афишировать недостатки работы	Результаты можно использовать как демонстрацию преимуществ отделения
Недостаточное понимание преимуществ	Основа для составления руководства по качеству, подготовка к надзорным мероприятиям, аналитика, мотивация персонала, обучение «на местах», оптимизация ресурсов
Аудит будет мешать работе	Большая часть работы проводится удаленно либо используются методы наблюдения и анализа документов

Таким образом, внедрение клинического аудита позволит решить следующие проблемы сферы здравоохранения на уровне Красноярского края:

- снизить уровень нарушений бюджетного законодательства в части целевого, правомерного и эффективного расходования средств бюджета и территориального фонда обязательного медицинского страхования;
- снизить контрольную нагрузку как на учреждения, так и на контрольно-надзорные органы министерства здравоохранения региона;
- обеспечить эффективность работы ТФОМС Красноярского края по обеспечению экономической безопасности медицинских учреждений, что позволит обеспечить защищенность граждан в части здоровья;
- снижение уровня смертности и заболеваемости по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы позволит снизить уровень невыходов рабочих на места и увеличить валовой региональный продукт, что также является подтверждением повышения уровня экономической безопасности Красноярского края;
- снизить уровень штрафных санкций за нарушения в части расходования средств территориального фонда обязательного медицинского страхования;
- возможность сотрудничества с научными сообществами, союзами врачей, что позволит внедрять лучшие разработки клинического аудита в практическую деятельность учреждений;
- снизить уровень повторных обращений граждан по вопросам непрекращающейся болезни, что также снизит нагрузку на персонал, в частности, на очереди;
- уменьшить количество судебных жалоб и обращений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, экономическая безопасность учреждения здравоохранения - это защищенность его научно-технического, производственного и кадрового потенциала от различных угроз экономического характера. Основной целью экономической безопасности учреждений здравоохранения заключается в обеспечении их устойчивого и эффективного функционирования на современном этапе развития, а также создание необходимых условий и факторов для развития и роста в перспективе как самих учреждений, так и уровня жизни населения.

С целью минимизации рисков нарушения экономической безопасности медицинского учреждения существуют методы стратегического менеджмента: SWOT – анализ и STEP – анализ. Они относятся к качественным методам экспертной оценки внутренней и внешней среды анализируемого учреждения, и, несмотря на отсутствие наличия явных математических оценок эффективности деятельности объекта, полезны для управленческого звена в отношении общей оценки функционирования учреждения.

Переход красноярских медицинских учреждений с 2009 года на систему одноканального финансирования за 8 лет не смог решить все проблемы, связанные с обеспечением экономической безопасности сферы здравоохранения.

Современными методами обеспечения экономической безопасности сферы здравоохранения региона на уровне медицинских учреждений являются: применение риск – ориентированного подхода при проведении контроля (надзора) за деятельностью учреждений, в частности, за эффективным, правомерным и законным использованием бюджетных средств в рамках их экономических процессов; аудит эффективности, который позволяет на основе критериев и показателей экономической эффективности сделать выводы о состоянии учреждения и сформулировать качественные и количественные рекомендации по повышению уровня экономической безопасности объекта. Актуальным и наиболее современным методом, по мнению автора дипломной работы, является клинический аудит, представляющий собой способ оценки медицинской деятельности не только с точки зрения качества лечения пациентов, но и с точки зрения эффективного расходования имеющихся ресурсов. Клинический аудит является процессом улучшения качества, целью которого является улучшение лечения пациентов и результатов лечения, оценивая их систематически с определенными критериями и применяя необходимые изменения как для отдельных сотрудников, так и для учреждения/структурной единицы или на уровне конкретной медицинской услуги. При помощи клинического аудита можно способствовать внедрению лучшей практики в здравоохранении и улучшать как внутренний порядок оказания медицинской услуги, так и результаты для ее конечных пользователей - пациентов. Клинический аудит основывается на стандартах. Соответствие проведения аудита стандартам оценивается по разным критериям. Стандарт –

это заранее утвержденный уровень или по умолчанию оговоренный диапазон, в который желают попасть при ведении поднадзорного проекта. Критерий помогает изучить виды деятельности, о которых аудиторы желают получить сравнимые данные. Лучшим базовым материалом для составления критериев оценки являются руководства по лечению и деятельности, составленные с учетом местных особенностей региона. Для всех критериев оценки, выбранных для аудита будет корректным добавить ссылку на источник, на котором основывался критерий оценки. Используемых источников может быть несколько. Положительной характеристикой такого аудита является составление плана мероприятий для исправления ситуации на уровне медицинского учреждения. В плане мероприятий приводятся следующие отдельные пункты:

- в какой сфере были обнаружены недостатки;
- как изменить клиническую практику;
- кто отвечает за сферу, требующую изменений;
- сколько времени должно занять внедрение изменений.

Таким образом, клинический аудит является постоянным процессом улучшения качества, в ходе которого аудируемых не наказывают, а ищут вместе с ними лучшие пути для решения ситуации и систематически оценивают эффективность их применения. Этим данный метод отличается от выше упомянутых риск – ориентированного подхода при проведении контроля (надзора) за деятельностью учреждений, аудита эффективности и социального аудита, которые осуществляются в ходе контрольно – надзорной деятельности и несут за собой определенные санкции за невыполнение требований (штрафы, внесение в определенные рейтинги качества и т.д.), а также демонстрируют свою неспособность обеспечить экономическую безопасность медицинским учреждениям Красноярского края. Поэтому в третьей главе рассмотрен вопрос внедрения разработки клинического аудита в медицинские учреждения рассматриваемого региона для снижения риска возникновения нарушений в области расходования средств через улучшение качества лечения.

В связи с сохранением нарушений по результатам проверок со стороны министерства здравоохранения Красноярского края и территориального ФОМС по причине неэффективной контрольно-надзорной деятельности ТФОМС Красноярского края и страховых организаций, увеличением смертности по причине сердечно-сосудистых заболеваний, а также недоверием населения к профессионализму врачей, предлагается комплекс клинических индикаторов качества лечения пациентов, больных ИБС, артериальной гипертензией и гипертонией. Индикаторы рассчитываются на основе данных регистра ИБСАГХСН и составлены в соответствии с российскими и международными стандартами лечения. Данные индикаторы позволяют рассчитать соответствие проводимого лечения стандартам с использованием выборки пациентов и информации о состоянии их здоровья и действий врачей, которые находят свое отражение в регистре. Помимо методики представлен перечень документов, заполняемые сторонами клинического аудита при его проведении, а именно:

план заказываемого клинического аудита, включая ответственные структуры за его организацию и проведение; договор о конфиденциальности результатов проводимого клинического аудита; образец отчета о клиническом аудите; план мероприятий проведения клинического аудита.

Совершенствование обеспечения экономической безопасности сферы здравоохранения Красноярского края заключается во внедрении клинических индикаторов, рассчитываемых на уровне медицинских учреждений приглашенными специалистами, желательными имеющими опыт работы в сфере аудита и здравоохранения. Для пациентов, страдающих ишемической болезнью сердца, предлагаются следующие критерии: индикатор «Назначены антиагреганты» - доля больных с диагнозом ИБС, кому назначены аспирин и/или клопидогрель на последнем визите за предшествующие 12 месяцев; индикатор «Назначены статины» - доля больных с диагнозом ИБС, кому назначены статины на последнем визите за предшествующие 12 месяцев; индикатор «Назначены бета-блокаторы после перенесенного инфаркта миокарда» - доля больных ИБС, перенесших инфаркт миокарда, кому назначались бета-блокаторы в предшествующие 12 месяцев; индикатор «Назначены иАПФ/АРА при сахарном диабете» - доля больных ИБС и сахарным диабетом, кому назначались иАПФ/АРА в предшествующие 12 месяцев; индикатор «Достижение оптимального уровня ХС ЛПНП у больных ИБС» - доля больных ИБС, у кого уровень ЛПНП ниже 100 мг/дл. (оценивает результат лечения). С целью контроля лечения больных артериальной гипертензией разработаны другие критерии: индикатор «Совет курящим больным АГ о прекращении курения» - доля курящих больных АГ, которым был дан совет о прекращении курения; индикатор «Контроль веса» - доля больных АГ, у которых проводилась оценка массы тела или окружности талии в течение последних 12 месяцев; индикатор «Совет о снижении веса больным с избытком массы тела» - доля больных АГ с избытком массы тела, которым был дан совет о снижении веса; индикатор «Контроль курения» - доля больных АГ, у которых определен статус курения в течение последних 12 месяцев; индикатор «Достигнуто целевое АД» - доля больных с диагнозом АГ, у кого измерялось АД в течение последних 12 месяцев и последнее значение АД <140/90 мм рт. ст.; индикатор «Целевое АД не достигнуто и не назначены два антигипертензивных препарата» - доля больных АГ с уровнем АД \geq 140/90 мм рт. ст. на последнем визите, которым было назначено < 2 антигипертензивных препаратов из пяти основных рекомендованных классов. Представленные критерии позволяют контролировать процесс соблюдения пациентами элементарных требований поддержания нормального функционирования организма, что позволяет в будущем снизить риски смертности населения и затрат на врачебное вмешательство в организм, который мог восстановиться при соблюдении требований, используемых в критериях.

Эффективность внедрения клинического аудита в деятельность учреждений здравоохранения Красноярского края оценивалась с применением профессионального мнения управленческого звена и персонала. Результатом

проводимого автором дипломной работы опроса стало то, что 59% работников медицинских учреждений считают рациональным применение на практике основ клинического аудита. Однако при этом присутствует стереотипные опасения, препятствующие осуществить данное внедрение в короткие сроки.

Таким образом, в ходе работы была достигнута цель исследования, поставленная изначально, а именно – совершенствование способов обеспечения экономической безопасности сферы здравоохранения Красноярского края на уровне медицинских учреждений. Также выполнены все задачи:

- определено место экономической безопасности сферы здравоохранения в области обеспечения экономической безопасности региона;
- выявлены проблемы и угрозы в области обеспечения экономической безопасности здравоохранения, представленные в экономической литературе;
- рассмотрены методы обеспечения экономической безопасности сферы здравоохранения и успешность их применения в российской практике и за рубежом;
- проведен анализ специфики сферы здравоохранения Красноярского края;
- разработаны и обоснованы способы улучшения деятельности по обеспечению экономической безопасности здравоохранения Красноярского края через обеспечение экономической безопасности медицинских учреждений региона.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

- 1 Президиум Совета по стратегическому развитию утвердил паспорт реформы госконтроля / Открытое правительство - Режим доступа: <http://open.gov.ru/events/5515675/> (дата обращения: 28.04.2017).
- 2 О паспорте приоритетной программы «Реформа контрольной и надзорной деятельности» / Правительство России. – Режим доступа: <http://government.ru/info/25782/> (дата обращения: 28.04.2017).
- 3 Федеральный закон от 26.12.2008 № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля» // Российская газета, с изм. и допол. в ред. от 22.02.2017.
- 4 Финансово-экономическое обоснование к проекту закона «Об утверждении отчета об исполнении бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования Красноярского края за 2014 год» / документы Территориального фонда обязательного медицинского страхования Красноярского края. документы Территориального фонда обязательного медицинского страхования Красноярского края.
- 5 Финансово-экономическое обоснование к проекту закона «Об утверждении отчета об исполнении бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования Красноярского края за 2015 год» / документы Территориального фонда обязательного медицинского страхования Красноярского края.
- 6 Финансово-экономическое обоснование к проекту закона «Об утверждении отчета об исполнении бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования Красноярского края за 2016 год» / документы Территориального фонда обязательного медицинского страхования Красноярского края.
- 7 Об исполнении бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования Красноярского края за 2016 год [Электронный ресурс] / сайт Территориального фонда обязательного медицинского страхования Красноярского края. - Режим доступа: http://www.krasmed.ru/press_office/news/?ELEMENT_ID=12823.
- 8 Азоев, Г.Л. Конкуренция: анализ, стратегия и практика / Г.Л. Азоев. - М.: Центр экономики и маркетинга, 2015. – 208 с.
- 9 Акатьева, М.Д. Репутационный риск: оценка современного теоретико - понятийного аппарата / М.Д. Акатьева // Международный бухгалтерский учет. – 2015. – №20. – 16–29 с.
- 10 Альтшулер, И.Г. Стратегическое управление на основе маркетингового анализа. Инструменты, проблемы, ситуации: учебник / И.Г. Альтшулер. — М.: Вершина, 2006. — 232 с.
- 11 Волкова, В.Н.; Емельянова, А.А. Теория систем и системный анализ в управлении организациями: справочник / В.Н. Волкова, А.А. Емельянова. – М.: «Финансы и статистика», 2006. – 11 с.

- 12 Вялкова, А.И. Оценка эффективности деятельности медицинских организаций: учебно-методическое пособие / А.И. Вялкова. - М.: ГЭОТАР-МЕД. - 2014. – 112 с.
- 13 Вялков, А.В. Управление и экономика здравоохранения: учебно-методическое пособие / А.В. Вялков. - М.: ГЭОТАР-Медиа. - 2013. — 664 с.
- 14 Дуганов, М.Д. Оценка эффективности расходов на здравоохранение на региональном и муниципальном уровнях / М.Д. Дуганов. – М. : ИЭПП, 2013. – 112 с.
- 15 Зайцев, Л.Г. Стратегический менеджмент: учебник / Л. Г. Зайцев, М. И. Соколова. — М.: Экономистъ, - 2007. — 416 с.
- 16 Здравоохранение края поддержат на 39 млрд. рублей [Электронный ресурс] // интернет-газета Newslab.ru, раздел «Новости» от 09.11.2017. - Режим доступа: <http://newslab.ru/news/804158>.
- 17 Иванов, В.В.; Богаченко, П.В. Медицинский менеджмент: учебно-методическое пособие / В.В. Иванов. – М.: ИНФРА-М, 2009. – 256 с.
- 18 Итан, М. Метод McKinsey: Использование техник ведущих стратегических консультантов / М. Итан. — М.: Альпина Бизнес Букс, 2007. — 192 с.
- 19 Кадыров, Ф.Н. Экономические методы оценки эффективности деятельности медицинских учреждений: учебно-методическое пособие / Ф.Н. Кадыров. - М.: Менеджер здравоохранения. - 2012. — 224 с.
- 20 Карымова, Д.А.; Денисенко, Г.В. Методика социального аудита в медицинских учреждениях / Д.А. Карымова, Г.В. Денисенко // Учет, анализ и аудит: проблемы теории и практики – 2015. – № 15. – 105-108 с.
- 21 Карымова, Д.А.; Денисенко, Г.В. Необходимость проведения социального аудита в медицинских учреждениях. Учет, анализ и аудит: проблемы теории и практики / Д.А. Карымова. – 2015. – № 15. – 109-112 с.
- 22 Киселев, В.И.; Шварц, В.А.; Гриднев, А.Р.; Посненкова, О.М. Клиническая эффективность технологии динамического амбулаторного наблюдения за больными артериальной гипертонией с использованием компьютерной системы и мобильной телефонной связи / А.Р. Киселев, В.А. Шварц, В.И. Гриднев, О.М. Посненкова // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2014. – Т. 5. – №3. – 358-362 с.
- 23 Колчеева, О.О. Организация и методика проведения аудита эффективности использования государственных ресурсов : автореф. дис. канд. экон. наук / О.О. Колчеева. – М., 2007. – 24 с.
- 24 Контрольное мероприятие «Проверка соблюдения требований действующего законодательства при осуществлении закупок учреждениями здравоохранения Красноярского края» // сайт Счетной палаты Красноярского края. - Режим доступа: <http://spkrk.ru/index.php/blog/kontrolnye-meropriyatiya/2360-proverka-soblyudeniya-dejstvuyushchego-zakonodatelstva-pri-osushchestvlenii-zakupok-uchrezhdeniyami-zdravookhraneniya-krasnoyarskogo-kraya>.

25 Контрольное мероприятие «Проверка состояния материально-технической базы краевых государственных учреждений здравоохранения» // сайт Счетной палаты Красноярского края. - Режим доступа: <http://spkrk.ru/index.php/blog/kontrolnye-meropriyatiya/338-2016-11-21-03-07-06>.

26 Корсакова, Е.Д.; Макарова, С.Н.; Козлова, С.А. Особенности аудита эффективности финансирования здравоохранения на региональном уровне / Налогообложение и финансовый контроль // Аудит и финансовый анализ. - №3'2013. – 14-15 с.

27 Курбанов, А.Х.; Плотников, В.А. Аутсорсинг: история, методология, практика: Монография / А.Х. Курбанов. – М.: ИНФРА - М, 2012. – 112 с.

28 Мурашко, М.А. Качество медицинской помощи: пора меняться [Электронный ресурс] / М.А. Мурашко // Вестник Росздравнадзора. - 2017. - №1. - 10-21 с.

29 Овчинников, С.А.; Гришин, С.Е. Комплексный подход к рассмотрению теории управления рисками при внедрении информационных технологий / С.А. Овчинников., С.Е. Гришин // Вестник Саратовского государственного социально - экономического университета. – 2011. – № 5. – 188–191 с.

30 Оганов, Р.Г. Артериальная гипертония – проблема поликлиническая [Электронный ресурс] / Р.Г. Оганов, В.А. Галкин, Г.Я. Масленникова // Терапевтический архив. – 2014. – № 1. – 6-9 с.

31 Официальный сайт государственного комитета статистики [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.gks.ru>.

32 Проведение аудита эффективности использования государственных средств : стандарт финансового контроля 104 // Вестник АККОР. – 2009. - №2. – 146-157 с.

33 Решетников, А.В. Социально-экономическое прогнозирование и планирование в системе обязательного медицинского страхования / А.В. Решетников // Экономика здравоохранения. - 2000. - №11. – 25-26 с.

34 Родина, Л.А. Сценарии управления риском потерь оперативного времени на предприятиях из-за нерационального разделения труда / Л.А. Родина // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – №9 (ч. 2). – 280–284 с.

35 Социальный аудит: учебник / под ред. д. э. н., проф. А.А. Шулуса, проф. Ю.Н. Попова – М.: Издательский дом «АТИСО». - 2014. – 524 с.

36 Социально-экономическое положение Красноярского края в январе-марте 2018 года [Электронный ресурс] : доклад Красноярскстата, № 1.37.2. – Режим доступа: <http://web.krasstat.gks.ru/doklad/12/dok.htm#02-2.3>.

37 Суглобова, А.Е.; Шибиков, Д.В. Организация аудита медицинских учреждений: аудиторские ведомости / А.Е. Суглобова, Д.В. Шибиков. – 2009. – № 3. – 53-57 с.

- 38 Тарасов, А.А. Стратегический менеджмент. Концепции и ситуации для анализа: методическое пособие / А. А. Тарасов — М: Просвещение. - 2013. — 928 с.
- 39 Фомин, Я.А. Диагностика кризисного состояния предприятия: учебное пособие для вузов. / Я.А. Фомин. — М.: Юнити-Дана. - 2012. — 349 с.
- 40 Чазова, И.Е.; Ратова, Л.Г.; Бойцов, С.А. и др. Диагностика и лечение артериальной гипертензии: рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертонии и Всероссийского научного общества кардиологов / И.Е. Чазова, Л.Г. Ратова, С.А. Бойцов // Системные гипертензии. - 2010. - №3. - 5-6 с.
- 41 Частно-государственное партнерство при реализации стратегических планов: практика и рекомендации. – Спб.: Международный центр социально-экономических исследований «Леонтьевский центр», 2005. – 24 с.
- 42 Agrawal S, Payal YS, Sharma JP. A retrospective clinical audit of 696 central venous catheterizations at a tertiary care teaching hospital in India. *J Emerg Trauma Shock*. 2012; 5(4):304–308. doi: 10.4103/0974-2700.102369.
- 43 Al-Haddad M, Hayward I, Walsh TS. A prospective audit of cost of sedation, analgesia and neuromuscular blockade in a large British ICU. *Anaesthesia*. 2004; 59(11):1121—1125. doi: 10.1111/j.1365-2044.2004.03961.x.
- 44 Bridgewater B. On why funding clinical audit is essential. Quality must be seen to be done. *Health Serv J*. 2009;119(6167):13.
- 45 Colegate-Stone T, Roslee C, Shetty S, et al. Audit of trauma case load suitable for a day surgery trauma list and cost analysis. *Surgeon*. 2011; 9(5):241–244. doi: 10.1016/j.surge.2010.10.008.
- 46 Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1966; 44: 166–206 p.
- 47 Douglas NM, Pontororing GJ, Lampah DA, et al. Mortality attributable to Plasmodium vivax malaria: a clinical audit from Papua, Indonesia. *BMC Med*. 2014;12:217. doi: 10.1186/s12916-014-0217-z.
- 48 Eliot R. „Clinical Audit Policy”. Royal United Hospital Bath 2010.
- 49 Gupta D, Haber H. Emetogenicity-risk procedures in same day surgery center of an academic university hospital in United States: a retrospective cost-audit of postoperative nausea vomiting management. *Middle East J Anaesthesiol*. 2014; 22(5):493–502.
- 50 Healthcare Quality Improvement Partnership Ltd. „What is a national clinical audit? Achieving high quality national clinical audit.”
- 51 Infection Protection Society, „Hand Hygiene Observation Audit Standard Operating Procedure” Infection Protection Society, 2011.
- 52 Johnston, G. et al „Reviewing audit: barriers and facilitating factors for effective clinical audit”, *Quality in Health Care* 2000; 9: 23–36 p.
- 53 Lopez-Campos JL, Abad Arranz M, Calero-Acuna C, et al. Guideline adherence in outpatient clinics for chronic obstructive pulmonary disease: results

from a clinical audit. *PLoS One*. 2016;11(3):e0151896. doi: 10.1371/journal.pone.0151896.

54 Mancia G., Fagard R., Narkiewicz K., et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens* 2013; 31(7): 1281-1357. – Режим доступа: <https://doi.org/10.1097/01.hjh.0000431740.32696.cc>.

55 Mwita CC, Muthoka J, Maina S, et al. Early management of traumatic brain injury in a Tertiary hospital in Central Kenya: a clinical audit. *J Neurosci Rural Pract*. 2016; 7(1):97–101. doi:10.4103/0976-3147.165390.

56 National Institute for Clinical Excellence „Principle for Best Practice in Clinical Audit”, National Institute for Clinical Excellence 2012.

57 O’Dowd A. Cost of some types of prescribed drug can vary fourfold across England, audit shows. *BMJ*. 2007; 334(7603):1076. doi: 10.1136/bmj.39220.551389.DB.

58 Osinaike BB, Ogunbode OO, Aderinto DA. Clinical audit of knowledge and practice of epidural labour analgesia amongst obstetricians in south-west Nigeria. *East Afr J Public Health*. 2010; 7(2):191–195. doi:10.4314/eajph.v7i2.64724.

59 Parr M, Dabu CP, Wai NS, et al. Clinical audit to enhance safe practice of skilled birth attendants for the fetus with nuchal cord: evidence from a refugee and migrant cohort. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14: 76. doi: 10.1186/1471-2393-14-76.

60 Pirkle CM, Dumont A, Zunzunegui MV. Criterion-based clinical audit to assess quality of obstetrical care in low — and middleincome countries: a systematic review. *Int J Qual Health Care*. 2011; 23(4):456–463. doi: 10.1093/intqhc/mzr033.

61 Shutyak Y., Didier Van Caillie The concept of economic security of the hospital: A new look at the levers of control // Forum Scientiae Oeconomia. – 2014. – Vol. 2. – pp. 107–117.

62 Smith AH. The use of clinical audit during a successful medical engagement in Afghanistan. *J R Army Med Corps*. 2012;158(3):259–262. doi: 10.1136/jramc-158-03-23.

63 Soleymani F, Rashidian A, Dinarvand R, et al. Assessing the effectiveness and cost-effectiveness of audit and feedback on physician’s prescribing indicators: study protocol of a randomized controlled trial with economic evaluation. *Daru*. 2012; 20(1):88. doi: 10.1186/2008-2231-20-88.

64 Travaglia J., Debono D. „Clinical audit: a comprehensive review of the literature”, The Centre for Clinical Governance Research in Health, University of New South Wales, 2014.

65 Waclawski E. Clinical audit in occupational health services. *Occup Med (Lond)*. 2009;59(2):74–75. doi: 10.1093/occmed/kqn159.

66 Wade DT. Ethics, audit and research: all shades of grey. *BMJ*. 26. veebruar 2005; 330 (7489): 468–471.

67 Wise J. Audit shows that bariatric surgery is cost effective. *BMJ*. 2014;349:g6735. doi: 10.1136/bmj.g6735.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Сравнительная характеристика подходов к обеспечению экономической безопасности сферы здравоохранения региона на уровне отдельных медицинских учреждений

Таблица А.1 - Сравнительная характеристика подходов к обеспечению экономической безопасности сферы здравоохранения региона на уровне отдельных медицинских учреждений

Критерий	Риск – ориентированный подход	Аудит эффективности	Социальный аудит	Клинический аудит
Новизна	Законодательная основа появилась в конце 2016 – начале 2017 гг. В Красноярском крае применяется с 1 января 2018 г.	В Красноярском крае применяется с 2007-2009 гг.	Применяется в Красноярском крае применяется с 2009-2011 гг. Сфера применения зачастую охватывает зарубежные крупные частные компании, распространения среди медицинских учреждений не получил	За рубежом проводится с 2005 г. Распространения в России не получил.
Анализируемый спектр вопросов	Анализ особенностей деятельности объекта на основе экономической документации	Оценка экономической, социальной и структурной эффективности деятельности наблюдаемой единицы	Оценка только социальной эффективности	Оценка качества предоставляемой медицинской услуги
Этап применения	Применяется как на этапе контроля, так и на этапе профилактики нарушений	Применяется на этапе контроля	Применяется на этапе контроля	Применяется на этапе донадзорного периода (профилактический подход)
Качественная / количественная составляющие	Качественная оценка на основе количественных показателей	Качественная оценка на основе количественных показателей	Качественная оценка	Качественная оценка на основе количественных показателей

Окончание приложения А

Критерий	Риск – ориентированный подход	Аудит эффективности	Социальный аудит	Клинический аудит
Практические результаты внедрения метода	Активное использование системы управления рисками за рубежом, результат – повышение уровня безопасности охраняемых законом ценностей. Так как в Красноярском крае применяется с начала 2018 г., оценку эффективности данного подхода в российском регионе проводить преждевременно	Положительная характеристика: оценка экономичности, эффективности и результативности расходования денежных средств; Отрицательная характеристика: отсутствие общих подходов к формулировке критериев и показателей, оценка носит формальный характер, составление множества показателей, по которым сложно в дальнейшем произвести качественные преобразования	Повышение уровня кадровой безопасности объектов	В зарубежной практике отмечается повышение уровня качества предоставляемой медицинской помощи, снижение затрат на основе эффективного распределения ресурсов
Методическая основа обеспечения экономической безопасности	Выбор интенсивности проведения мероприятий по контролю и профилактике исходя из категории риска, к которому принадлежит объект	Составление критериев и показателей эффективности деятельности исследуемой единицы	Анализ реализации планов, договоров, соглашений, направленных на повышение эффективности трудовой деятельности, снижение текучести кадров, повышение удовлетворенности условиями труда и социальной жизнью работников	Составление резюме с ответами на контрольные вопросы о качестве предоставленной медицинской услуги на основе ретроспективного анализа

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Процедуры расчета клинических индикаторов качества лечения

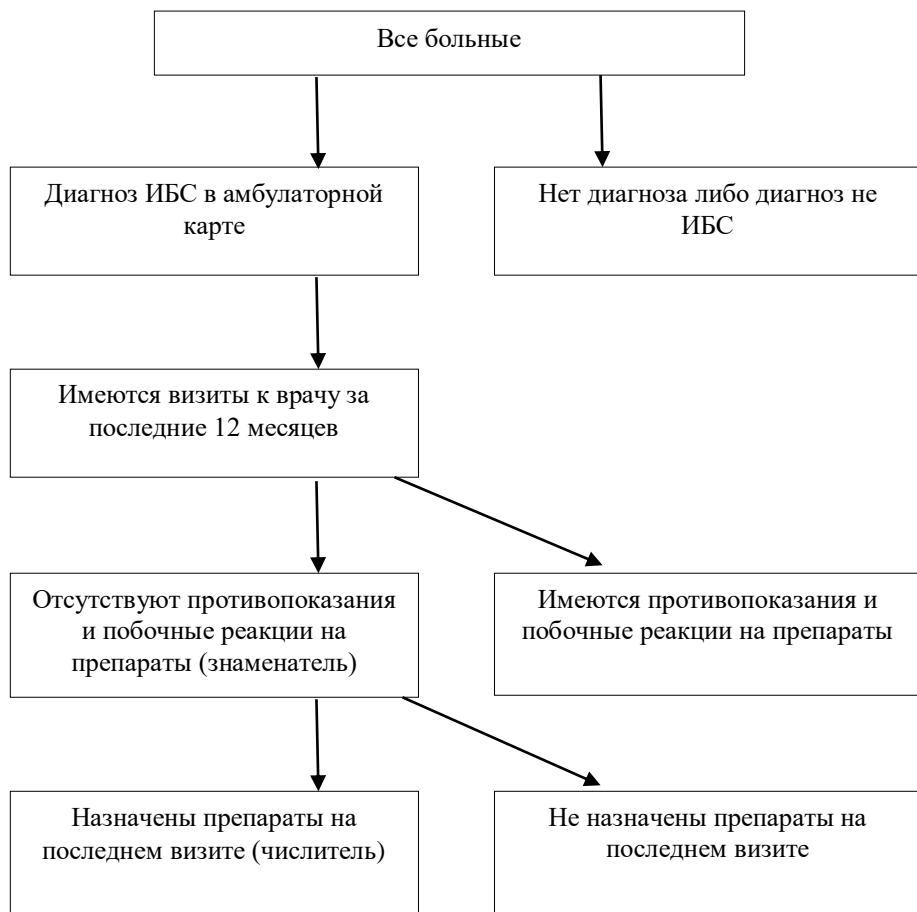


Рисунок Б.1 – Процедура расчета индикаторов «Назначены антиагреганты» и «Назначены статины»



Рисунок Б.2 – Процедура расчета индикатора «Назначены бета-блокаторы после перенесенного инфаркта миокарда»

Окончание приложения Б

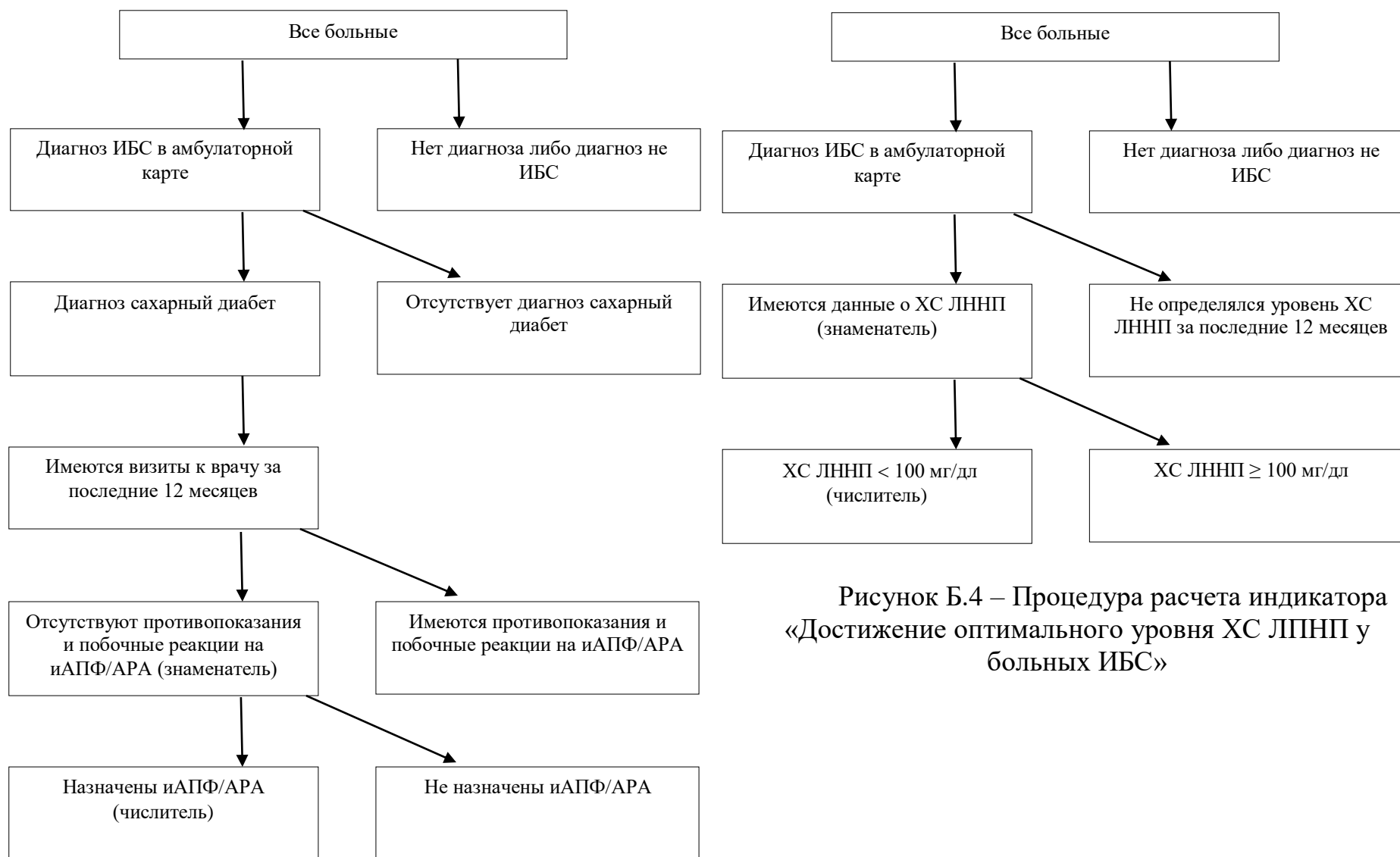


Рисунок Б.4 – Процедура расчета индикатора «Достижение оптимального уровня ХС ЛННП у больных ИБС»

Рисунок Б.3 – Процедура расчета индикатора «Назначены иАПФ/АРА при сахарном диабете»

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Договор о конфиденциальности результатов проводимого клинического аудита

Договор заключен _____ 20 ____ г.

(в дальнейшем: заказчик), и

(далее: аудитор), далее отдельно названные как сторона договора или вместе как стороны договора, заключили договор о конфиденциальности (далее: договор) в последующем.

1. Цели и предмет договора

1.1. Целью договора является договор о защите данных, ставших известными при проведении клинического аудита или экспертной оценке, от нецелесообразного использования и попадания их третьим лицам.

1.2. Предметом договора является обязанность аудитора обеспечить конфиденциальность попавших к нему в ходе аудита данных, закрыв доступ к ним третьим лицам. Под данными подразумеваются деликатные личные данные и другие данные, касающиеся работы заказчика, например, данные (в том числе электронные данные), которые связаны с инфосистемами пациентов или заказчика, которые не предназначены для общего использования.

2. Время действия договора

Договор приходит в действие при его заключении и заканчивается при подписании акта приема/передачи.

3. Обязанности аудитора

3.1. Исполнитель для обеспечения качества оценки:

3.1.1. При оценивании аудируемых лечебных случаев исходит из успешной практики соответствующей специальности и признанных в России или, в случае отсутствия таковых, международно признанных руководств и стандартов;

3.1.2. Исходит при оценивании из условий, приведенных в руководстве для аудиторов, и успешной практики;

3.1.3. Обязан не передавать третьим лицам или опубликовывать информацию, непредназначенную для распространения, и после окончания договора, в том числе личные данные, деловые секреты организации и другую конфиденциальную информацию, которая получена на основании настоящего договора при проведении работы или в связи с ней.

3.2. При оценке используются технические и организационные мероприятия для защиты личных данных, и обрабатываемые личные данные используются только для целей, оговоренных в настоящем договоре.

3.3. В случае проблем, возникших при проведении оценки, исполнитель обязан проинформировать об этом заказчика.

4. Другие условия

Окончание приложения В

4.1. При нарушении утвержденных в договоре требований о конфиденциальности исполнитель обязан оплатить заказчику договорной штраф в размере N денежных единиц за каждое нарушение и дополнительно к этому компенсировать ущерб, принесенный заказчику своими действиями согласно законам Российской Федерации.

4.2. Сторона договора, которая нарушает исходящие из законов и договора требования обработки данных (использование данных и др.), отвечает за нарушение их в соответствии с установленными в правовых актах, и обязана компенсировать другой стороне любой ущерб, возникший в связи с нарушениями.

4.3. Контактным лицом со стороны заказчика в связи с договором является

Договор составлен в двух имеющих одинаковую юридическую силу идентичных экземплярах на русском языке, из которых обе стороны договора получают один экземпляр.

ПРИЛОЖЕНИЕ Г

Образец отчета о клиническом аудите

ОТЧЕТ об аудите ТФОМС Красноярского края

(название аудита)

ОТЧЕТ *(дата)*

СОДЕРЖАНИЕ *(на титульной странице)*

1. Союз врачей-специалистов и аудиторы
2. Контактное лицо ТФОМС Красноярского края
3. Аудируемые исполнители медицинских услуг

Исполнители медицинских услуг

Номер информационного письма

4. Описание выборки *(документы, которые аудируются)*
5. Цели и задачи аудита и критерии оценки

Цели аудита

Руководства по лечению, лежащие в основе аудита, правовые акты и др.

Критерии оценки

6. План и краткое описание процесса аудита
7. Результаты аудита *(в общем случае отдельно для разных критериев оценки)*

По разным оказателям медицинских услуг

Главные замечания (исходящие из целей аудита и его задач, для разных областей аудита)

Предложения аудиторов (что было сделано верно и что необходимо исправить)

8. Резюме
9. Выводы
10. Предложения аудиторов

Территориальному фонду обязательного медицинского страхования Красноярского края, Министерству здравоохранения Красноярского края, Министерству социального развития Красноярского края, руководителям медицинских учреждений Красноярского края, Союзу молодых врачей-специалистов, исполнителям медицинских услуг.

Аудиторы

подпись (цифровая подпись)

Пример критериев оценки на основе стандартов.

ПРИЛОЖЕНИЕ Д

План мероприятий проведения клинического аудита

Руководитель план	Имя:	Место работы:	Контакты:
-------------------	------	---------------	-----------

Удостоверьтесь, что приведенные в плане мероприятий рекомендации исходили из пожеланий, изложенных в отчете аудита. В графе «Необходимые виды деятельности» нужно привести конкретные виды деятельности, которые необходимы для применения рекомендаций. Все пополнения/изменения касающиеся плана необходимо привести в графе «Замечания/виды деятельности в процессе».

Рекомендация	Необходимые виды деятельности	Крайний срок выполнения вида деятельности	Ответственное лицо	Замечания (<i>привести примеры видов деятельности, находящихся в процессе, проблемы, которые препятствуют внедрению, причины, по которым рекомендации еще не внедрены</i>)	Статус изменений

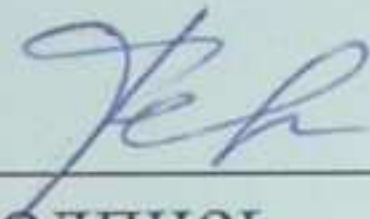
Статус изменений:

- 1 – рекомендация уточнена, но еще не внедрена
- 2 – внедрение рекомендации в процессе
- 3 - рекомендация полностью внедрена
- 4 – рекомендации никогда не были применены (привести объяснения)
- 5 – другое (привести объяснения)

Федеральное государственное автономное
образовательное учреждение
высшего образования
«СИБИРСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Институт экономики, управления и природопользования
кафедра финансов

УТВЕРЖДАЮ
Заведующий кафедрой

 И.С. Ферова
подпись

« 8 » июня 2018 г.

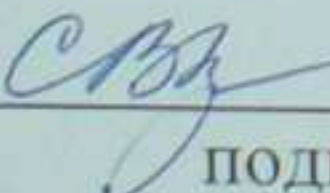
ДИПЛОМНАЯ РАБОТА

специальность 38.05.01 «Экономическая безопасность»

**ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ В СФЕРЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ**

Научный

руководитель


подпись, дата

к.э.н., доцент

должность, ученая степень

С.В. Кропачев

Выпускник


подпись, дата

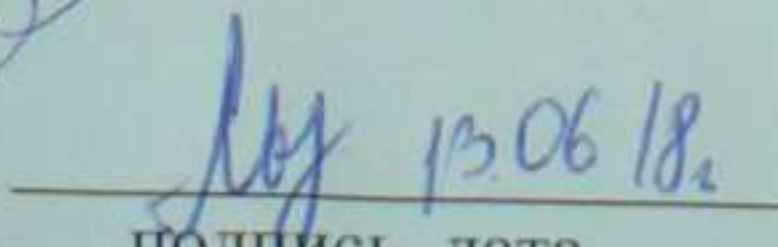
П.В. Дорохова

Рецензент


подпись, дата

Т.А. Гольшева

Нормоконтролер


подпись, дата

Е.В. Шкарпетина

Красноярск 2018